

**Aus der Klinik für Anästhesiologie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz**

Analyse der Einweisungsdiagnose in einer universitären Schmerzambulanz unter dem besonderen Aspekt des Anteils therapiebedürftiger psychischer Störungen bei Patienten mit Rückenschmerzen, Morbus Sudeck, Phantomschmerzen sowie multilokulären Schmerzen

**Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt
von Dieter Wettig aus Mainz**

Mainz, 2002

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Dr. R. Urban

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion: 2002

Danksagung

Danken möchte ich an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. ... für die Heranführung an das Thema sowie Anregung und Kritik während der Ausarbeitung, Herrn Prof. Dr. ... für die Hilfe bei der statistischen Auswertung, Frau ... für die Unterstützung bei der Datenauswertung und meiner Frau für die Hilfe bei den Schreibarbeiten.

Widmung

Für meine Eltern

Inhalt

1. Einleitung	13
1.1. Schmerz: Geschichte, Ätiologie und Diagnose	13
1.2. Neure Konzepte	16
1.3. Epidemiologie	20
1.4. Prädiktoren	22
1.5. Komorbidität	23
1.6. Biopsychosocial model (Engel)	24
2. Untersuchte Krankheitsbilder	27
2.1. Rückenschmerzen	27
2.1.1. Definition	27
2.1.2. Epidemiologie	28
2.1.3. Prävalenz	29
2.1.4. Psychosomatische Faktoren bei Rückenschmerzen	31
2.1.5. Behandlung	34
2.2. Multilokuläre Schmerzen	38
2.2.1. Definition	38
2.2.2. Fibromyalgie und deren Begleitsymptome	39
2.2.2.1. Komorbidität	40
2.2.2.2. Epidemiologie	41
2.2.2.3. Psychosoziale Faktoren bei Fibromyalgie	45
2.2.3. Somatoforme Schmerzstörung	46
2.2.3.1. Definition	46

2.2.3.2.	Epidemiologie	47
2.2.3.3.	Anamnese und klinischer Befund	47
2.2.3.4.	Differenzialdiagnose	48
2.2.3.5.	Psychosoziale Faktoren bei der Somatoformen Schmerzstörung	49
2.2.3.6.	Psychotherapeutische Behandlung der Fibromyalgie	50
2.3.	Phantomschmerz	51
2.3.1.	Geschichte	51
2.3.2.	Ätiologie, Pathogenese	51
2.3.3.	Epidemiologie	52
2.3.4.	Prophylaxe und Behandlung	52
2.4.	Morbus Sudeck	53
2.4.1.	Definition	53
2.4.2.	Epidemiologie	54
2.4.3.	Psychosoziale Faktoren bei M. Sudeck	54
3.	Therapie	56
3.1.	Stimulationsverfahren und naturheilkundliche Verfahren	58
3.1.1.	Akupunktur	58
3.1.2.	Neuraltherapie und Homöopathie	60
3.1.3.	Naturheilverfahren	61
3.1.4.	Chirotherapie	64
3.1.5.	TENS	65
3.2.	Analgetika und Koanalgetika	65
3.2.1.	Antipyretische Analgetika	65

3.2.2. Opioide	66
3.2.3. Koanalgetika	67
3.2.3.1. Antidepressiva	67
3.2.3.2. Antikonvulsiva	67
3.3. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren	68
3.3.1. Psychologische Ansätze bei chronischen Schmerzen	68
3.3.2. Psychologische Faktoren	69
3.3.3. Entspannungsverfahren	71
3.3.4. Biofeedback	72
3.3.5. Hypnose	72
3.3.6. Schmerzbewältigungsverfahren und Verhaltenstherapie	73
3.3.7. Psychoanalytisch fundierte Psychotherapie	73
4. Problemstellung	75
5. Methoden	77
5.1. Patienten	77
5.2. Ablauf der Auswertungen	77
5.3. Instrumente	78
5.3.1. Fragebögen	78
5.3.1.1. SBAS	78
5.3.1.2. SVOR	78
5.3.1.3. Untersuchungsbogen A2915V+R	78
5.3.2. IASP Klassifikation	79
5.3.3. Mainzer Stadienmodell (Gerbershagen)	81
5.3.4. Biographische Anamnese	83

5.4. Statistische Auswertung	84
5.5. Erläuterung von verwendeten Diagrammtypen	85
6. Ergebnisse	87
6.1. Demographie	87
6.2. Schmerzanamnese	98
6.3. Diagnosen und Beschwerdebild	99
6.3.1. IASP	99
6.3.2. Einteilung nach Gerbershagen	104
6.4. Vorbehandlung	125
6.4.1. Medikamentöse Vorbehandlung	125
6.4.2. Psychotherapie und Entspannungsverfahren	127
6.4.3. Weitere	130
6.5. Ausbildung und berufliche Situation	139
6.6. Hinweise auf besondere biographische Ereignisse	143
6.7. Empfehlung zur Psychotherapie oder Entspannungsverfahren nach Aufnahme in die Schmerzambulanz	146
6.7.1. Zusammenfassung	147
6.7.2. Empfehlung zur Psychotherapie oder Entspannungsverfahren in Abhängigkeit von der Stadieneinteilung nach Gerbershagen	148
6.7.3. Empfehlung zur Psychotherapie oder Entspannungsverfahren in Abhängigkeit von der Patienten-Biographie	151
6.8. Eingangs- und Ausgangsdiagnosen	154
6.9. Korrelationen und Logistische Regressionsanalyse	156

7. Diskussion	179
8. Zusammenfassung	205
9. Kasuistiken	213
10. Literatur	295
11. Lebenslauf	307
12. Anhang	309
12.1. Klassifikation chronischer Schmerzen (IASP)	
12.2. Sozio-Demographischer Fragebogen (SVOR)	
12.3. Strukturierte Biographische Anamnese für Schmerzpatienten (SBAS)	
12.4. Untersuchungsbogen A2915V+R	
12.5. Fragebogen für Schmerzpatienten	
12.6. Aufbereitete Daten in Tabellenform	

Einleitung

Schmerz: Geschichte, Definition, Ätiologie und Diagnose

Die Frage, was Schmerz eigentlich ist, beschäftigt die Menschheit schon lange. Aristoteles hielt Schmerz für ein Leiden der Seele und glaubte, daß Schmerz als Folge intensiver Aktivitäten in einem der fünf Sinne auftritt und innerhalb der Seele erfahren wird. Der Naturalismus endete mit dem Tode Aristoteles und die vorherrschende Interpretation der Psyche oder der Seele bewegte sich zum subjektiven Spiritualismus, die Seele wurde als vollständig unabhängig vom Körper gesehen. Nicht mehr körperlichen Vorgängen wurde die Ursache von Schmerz zugeschrieben, sondern dieser wurde in erster Linie als Bestrafung für falsches Handeln gesehen. Konsequenterweise wurde Beten als Schmerztherapie empfohlen und praktiziert. Im Mittelalter (11. bis 15. Jh.) lehrte Thomas von Aquin (1225-1274), daß die Seele nicht Teil des Körpers sei, sondern eine unabhängige Einheit. Der Mensch bestand seiner Meinung nach aus Körper und Seele und dieser Dualismus spiegelt sich bis heute in Medizin und Psychologie wider. Im späten 15. und frühen 16. Jahrhundert entwickelten europäische Philosophen Konzepte zur Beziehung zwischen Körper und Seele. Descartes (1596-1650) ging davon aus, daß Körper und Seele getrennt seien, aber über eine direkte physische Verbindung interagieren. Er schlug das Vorhandensein einer Leitungsbahn für Schmerz aus verschiedenen Körperbereichen zum Gehirn vor. Der zweite Ansatz stammte von Spinoza (1632-1677), der einer Trennung zwischen Körper und Seele widersprach und beide als verschiedene Anteile der gleichen Substanz sah. Er hielt physiologische, ebenso wie psychische Aktivitäten für verschiedene Anteile von Schmerz. Die dritte Lösung wurde von Leibnitz (1646-1716) vorgeschlagen, dessen psychophysischer Parallelismus das dualistische Konzept akzeptierte und Körper und Seele als vollständig voneinander unabhängig sah. Im Rahmen einer vorbestehenden, von Gott festgelegten Harmonie, seien sie aber aufs engste miteinander verknüpft im Sinne einer 1:1 Beziehung zwischen körperlicher Empfindung und der seelischen Wahrnehmung dieser Empfindung (Egle, 1993a).

Kant (1724-1804) übernahm die Annahme einer solchen 1:1 Verknüpfung, schrieb diese aber nicht göttlichen Harmonien zu, sondern physiologischen Mechanismen. Die Wahrnehmung hänge dabei nicht gänzlich von der Erfahrung ab, sondern sei teilweise angeboren (Nativismus). Seine Vorstellung von einer Einheit der Wahrnehmung wurde später das Herzstück der Gestalttheorie. Fortschritte der Neurophysiologie und Psychophysik am Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts übten starken Einfluß auf Schmerztheorien aus. Mueller stellte 1840 die „Lehre von den spezifischen Nervenenergien“ auf und sah Schmerz ausschließlich auf neurophysiologischen Mechanismen basierend. In diesem Konzept empfing das Gehirn in einer reaktiv-passiven Weise Reize von spezifischen Nervenfasern. Von Frey entwickelte Muellers Theorie 1895 weiter und ging vom Vorhandensein spezifischer Rezeptor-Typen aus, von denen die Schmerzimpulse über spezifische Nervenbahnen zu einem speziellen Schmerzzentrum im Gehirn gelangten. Dieser Ansatz konnte allerdings bestimmte Schmerzsyndrome wie Phantomschmerzen, Kausalgie oder Neuralgie nicht erklären. Auch das Auftreten von Schmerz nur als Folge einer Aktivität des sympathischen Nervensystems oder akustischer oder visueller Reize konnte so nicht erklärt werden. Fast zur gleichen Zeit (1894) legte Goldscheider ein zu von Frey abweichendes Schmerzkonzept vor, das davon ausging, daß Schmerz dann wahrgenommen wird, wenn die Summe der im Hinterhorn des Rückenmarks einlaufenden peripheren Reize eine bestimmte Schwelle überschreitet. Die Vorstellung spezifischer Schmerzrezeptoren oder Nervenbahnen wurde nicht aufrechterhalten. 1943 entwickelte Livingstone Goldscheiders Ansatz weiter zur zentralen Summationstheorie. Auch Nordenbos legte 1959 die mit der zentralen Summationstheorie verwandte sensorische Interaktionstheorie vor, die ein spezielles Reiz-Kontrollsystem annimmt, das normalerweise die Summation sensorischer Reize verhindert. Fast zeitgleich mit Goldscheider legte Marshall 1894 seine Affekt-Theorie des Schmerzes vor, die von zwei parallelen Systemen ausging, durch die ein Reiz in Aktion treten kann: Einem affektiven und einem sensorischen System (Egle, 1993a).

1965 stellten Melzack und Wall ihre gate-control-Theorie vor und nahmen an, daß körperliche und seelische Prozesse bei Schmerz als integrierende dualistische Einheit verstanden werden können. Sie unterscheiden zwei Kategorien afferenter sensorischer Fasern mit unterschiedlichen Funktionen: dicke A-Beta-Fasern, die einen hemmenden Effekt auf

Effekt auf die Impulsübertragung in der Substantia gelatinosa des Hinterhorns haben und dünne A-Delta und C-Fasern, die einen verstärkenden Effekt auf den Schmerzprozess haben. Efferente Fasern sollen zum gate-control-System im Rückenmark zurückführen, wodurch das zentrale Kontrollsystem das spinale Tor beeinflussen könne. Melzack entwickelte 1978 die Vorstellung, daß so zum Beispiel selektives Schmerzerleben erklärt werden könne, wie es unter anderem Beecher 1946 bei Soldaten mit Verwundungen oder Pawlow 1927 bei konditionierten Hunden beschrieben hatten (Egle, 1993a).

Gegenwärtig wird die Gate-Control-Theorie (Melzack, 1965, 1968) und ihre moderne Weiterführung zur Neuromatrix-Theorie (Melzack, 1999) am ehesten den multifaktoriellen Schmerz-Ursachen gerecht, wenngleich es individuell weit differente Auslegungen gibt. Die Gate-Control-Theorie postuliert ein neurophysiologisch-psychologisches Mehrkomponentensystem, in dem sowohl die Verarbeitung als auch die Kontrolle der Schmerzreize berücksichtigt wurden. In Bezug auf die Schmerzkontrolle wurden dabei 2 Aspekte hervorgehoben:

1. Die Interaktion antagonistischer neuronaler Fasersysteme (die Fasergruppen C und A-Delta auf der einen und A-Beta auf der anderen Seite) könne einen reduzierten Input von Schmerzreizen bewirken,
2. Absteigende Hemmungen, die aus spezifischen kortikalen Regionen zur Erfassung und Bewertung von Schmerz stammen, sorgten für eine Unterbrechung des nozizeptiven Einstroms aus der Peripherie.

Beide Mechanismen üben Kontrolle über ankommende Schmerzreize aus. Sie stellen die „Türkontrolle“ (Gate-Control) dar und seien regulär an jeder Form der Schmerzverarbeitung beteiligt. (Melzack, 1965, 1968, 1978)

In die Neuromatrix-Theorie sind wichtige Erkenntnisse zu sensorischen, genetischen, endokrinologischen, immunologischen und kognitiven Einflüssen integriert, um den vielfältigen Faktoren zur Chronifizierung von Schmerzen gerecht zu werden. (Melzack, 1999)

Bildgebende Verfahren wie PET oder EEG-Mapping ermöglichen die Darstellung der Hirnaktivität bei Schmerz. Unterschieden wird ein neuronales Netzwerk, in dem primär-

sensorische Schmerzanteile wie der Ort, die Intensität und Qualität des Schmerzes vermittelt werden. Dazu gehören der primäre und sekundäre somatosensorische Kortex, die nozizeptiven Informationen aus lateralen Thalamuskernen erhalten. Dagegen gelangen Informationen, welche die affektive Schmerzkomponente bestimmen, von medialen Thalamuskernen in den anterioren cingulären Kortex, Inselkortex und Präfrontalkortex. Chronische Schmerzen führen zu einer dauerhaften Veränderung der kortikalen und subkortikalen Verarbeitung nozizeptiver Reize. Verantwortlich hierfür sind Prozesse neuronaler Plastizität, die am Beispiel des primären somatosensorischen Kortex dargestellt werden. (Wiech et al., 2001)

Neuere Konzepte

Der Schmerz ist eine elementare Erscheinung, ein Urphänomen des Lebens. Als eine früh beginnende Erfahrung hat der Schmerz prägenden Einfluß auf die Entwicklung und Gestaltung jedes lebendigen Wesens. (Broniewicz, 1993)

So begleitet der Schmerz den Menschen in allen Lebensphasen (von den äußerst seltenen Fällen angeborener Schmerzunempfindlichkeit einmal abgesehen), wobei allerdings auch die Schmerzvariablen der genetischen Ausstattung, der prägenden kulturellen Einflüsse eine erhebliche Rolle spielen. Schmerz und Leben sind in solchen Fällen als untrennbare Einheit zu verstehen. (Broniewicz, 1993)

Jeder Einzelne von uns hat schon Schmerzen erlebt, seien es Bauchschmerzen, Schmerzen bei Prellungen, Kopf- oder Zahnschmerzen. Diese verschwanden in der Regel bald wieder, waren zeitlich limitiert, akut.

Einen anderen Charakter bekommen Schmerzen, wenn sie längere Zeit, vielleicht Monate oder Jahre, anhalten. Anders als akute Schmerzen können sie dann nicht nur den Moment, sondern vielleicht das ganze Leben und Erleben dominieren. Als chronisch werden Schmerzen bezeichnet, wenn sie länger als sechs Monate bestehen: Nach Konsensusbildung des Komitees für Taxonomie der IASP (International Association for the Study of Pain) wurde der Zeitraum von sechs Monaten als Grenze für die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzzuständen festgelegt. (nach Merskey, 1986; Wörz, 1990).

Die meisten Patienten mit akuten Schmerzen werden durch adäquate, kausale Therapiemaßnahmen gesund und nicht chronisch schmerzkrank. Unter den Patienten mit chronischen Schmerzen lassen sich solche mit überwiegend biologischen Ursachen bis hin zu solchen mit alleinigen psychischen Ursachen finden. (Geissner & Würtele, 1990)

Die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) definiert diesen so:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ (nach Merskey, 1986)

Daraus gehen einige Aspekte des heutigen bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses hervor:

1. Objektivierbare periphere Läsionen im Sinne einer organischen Reizauslösung können fehlen, Schmerz ist eine subjektive Empfindung;
2. Emotionale und organische Komponenten beim Schmerz werden gleichberechtigt nebeneinander gestellt;
3. Darüber hinaus ist der Nachweis einer Gewebsschädigung nicht nötig, um zu chronischen Schmerzen zu führen. (Egle & Nickel, 1998)

Eine wichtige, vor allem von Bonica betonte Grunderkenntnis algesiologischer Forschung ist, daß sich akute und chronische Schmerzzustände voneinander weitgehend unterscheiden: Während akuter Schmerz meist monokausal verursacht wird, mit dem Modell der Nozizeption zu erklären und syndromal gewöhnlich leicht zu erfassen ist, sind chronische Schmerzzustände oft multifaktoriell bedingt, in ihrer Entstehung ungleich komplexer und in der Symptomatik vielschichtig. (Geissner & Würtele, 1990)

Damit soll nicht gesagt werden, daß bei Patienten mit akuten Schmerzen die emotional-affektive Seite keinen Einfluß auf die Schmerzsituation haben könnte. Es ist allerdings offenbar, daß bei chronischen Schmerzen diese Seite einen dominierenden Charakter bekommen kann. (Geissner & Würtele, 1990)

Da bei chronischen Schmerzsyndromen Persönlichkeitsfaktoren, psychische Prozesse, psychosoziale Bezüge und kulturelle Einflüsse sehr viel bedeutsamer als bei Akutschmerz sind, befassen sich die aktuellen Analysen zunehmend mit bio-psycho-sozialen Aspekten der Ätiologie und Therapie chronischer Schmerzen. (Wörz, 1990).

Man ist sich gegenwärtig einig, bei Patienten mit chronischen Schmerzen die biologischen, psychischen und sozialen Ursachen abzuklären und gegebenenfalls therapeutisch anzugehen. Das bedeutet, daß das bio-psycho-soziale Verständnis nicht nur den Raum zu Diagnostik und Therapie gibt. Darüber hinaus gibt es zunehmend Hinweise, daß die bio-psycho-sozialen Komponenten in individuell wechselndem Ausmaß auch als Chronifizierungsfaktoren eines initial akuten Schmerzsyndroms angesehen werden können. Insofern ist die frühere monokausale Sicht biologischer Einflüsse zur Chronifizierung schon seit längerem einem multifaktoriellen Modell gewichen, das zweifellos die Grundlage von Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen ist. Mit anderen Worten ist es unumgänglich, vor die Therapie chronischer Schmerzen eine ausreichende organische, psychische und soziale Diagnostik zu stellen. Aus dem Ergebnis, das kaum anders als interdisziplinär lösbar ist, resultieren Therapieschwerpunkte, sei es in organischer, psychischer, sozialer Hinsicht oder in einer Kombination dieser. Es ist gegenwärtig ungeklärt, in welchem Zeitablauf die differentialdiagnostische Kausalitätsklärung mit adäquater Therapieschlußfolgerung stattfinden muß. Von einer Gleichzeitigkeit ist auszugehen. (Geissner & Würtele, 1990)

Zur Klärung können letztlich nur kontrollierte Verlaufsstudien beitragen, die die unterschiedlichen fachlichen Standards bio-psycho-sozialer Diagnostik und Therapie in gleichrangiger Form berücksichtigen. An internationalen und nationalen Therapiezentren hat sich diese multifaktorielle Sicht meistens schon länger etabliert, aus wissenschaftlicher Sicht ist sie allerdings noch nicht ausreichend geklärt.

Die hohe Zahl chronischer Schmerzkranker – man schätzt ihre Zahl in Deutschland auf über 3 Millionen (Zimmermann & Seemann, 1986) - ist gleichbedeutend mit hohem subjektivem Leidensdruck, herabgesetzter psychischer und körperlicher Leistungsfähigkeit, langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, vielfältigen und über Jahre wiederholten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, Krankenhausaufenthalten, Operationen, Medikamentenverbrauch bis -mißbrauch, häufigem Arztwechsel und häufigen Frühberentungen.

häufigen Frühberentungen. (Egle, 2000) Hieraus resultiert eine erhebliche ökonomische Belastung - Schmerzranke kosten viel Geld. Frühdiagnostik und -therapie sind deshalb von hohem Stellenwert.

Offenbar gibt es einen großen Anteil von Patienten mit chronischen Schmerzen, denen auf der organischen Ebene nicht oder nicht ausreichend geholfen werden kann. Dies legt nahe, daß außer dem Einsatz organisch orientierter Behandlungsverfahren auch andere therapeutische Verfahren (Entspannungstherapie, Psychotherapie u.a.) zum Einsatz kommen müssen. (Geissner & Würtele, 1990)

Egle & Nickel (1998) gibt folgende psychische und soziale Faktoren an, die im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Vernetzung Einfluß auf das individuelle Schmerzerleben nehmen können:

1. Aufmerksamkeit und Ablenkung. Dies kann zu einem Circulus vitiosus führen: Schmerz - Aufmerksamkeit - verstärkter Schmerz - erhöhte Aufmerksamkeit;
2. Angst und Depression. Angst oder Depression können die Schmerzschwelle senken und damit das Schmerzempfinden verstärken;
3. Sekundärer Gewinn / Verstärker. Wenn der Schmerzpatient schon vor Einsetzen der Schmerzen als unangenehm erlebte Tätigkeiten abgenommen bekommt oder ein vorher nicht gekanntes Ausmaß an Zuwendung oder Aufmerksamkeit erhält, dann kann dies zur Schmerzaufrechterhaltung und -verstärkung beitragen;
4. Krankheitsattributierung und Bewältigungsmechanismen. Fühlt der Patient sich zum Beispiel seinen Schmerzen schicksalhaft ausgeliefert, so stellt diese Art der Krankheitsattributierung eine Voraussetzung für Chronifizierung dar. Prognostisch ungünstig ist auch eine Neigung des Patienten zu Katastrophengedanken (Katastrophisierung), dies stellt einen ungünstigen Konflikt- oder Krankheitsbewältigungsmechanismus dar;
5. Schmerzerfahrungen in Kindheit und Jugend können mit spezifischen Affekten konnotiert sein und später im Leben zu rein psychisch bedingten oder psychisch mitbedingten Schmerzen führen.

Bei der organischen und psychosozialen Diagnostik ist eine Begrenzung auf die notwendigen Maßnahmen sinnvoll. Dies erfordert Standfestigkeit gegenüber weiteren unbegründeten Forderungen der Patienten nach Wiederholung und Erweiterung der Diagnostik. Ein solches Vorgehen kann nur auf dem Hintergrund eines tragfähigen Kontaktes gelingen, in dem der Patient sich angenommen und als Kranker akzeptiert fühlt. Übersehen oder Unterbewertung psychosozialer Aspekte der Schmerzerkrankung führt zu häufigem Arztwechsel („medical shopping“, „doctor hopping“) und Chronifizierung durch wiederholte invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen, einschließlich operativer Versuche, Wiederholung von Hoffnung und Enttäuschung, Idealisierung und Entwertung. Gemeinsames Problem von Arzt und Patient ist oft die einseitige Suche nach der Schmerzursache im Körper, der multikausalen Diagnostik und Therapie wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Epidemiologie

Zimmermann und Seemann geben 1986 für die alten Bundesländer Deutschlands rund drei Millionen Schmerzpatienten, die jährliche Analgetikakosten von 373,5 Millionen Mark verursachen, an. (Zimmermann & Seemann, 1986)

Zahlreiche dieser Schmerzkranken hatten bereits seit mehr als 10 Jahren Schmerzen und waren in dieser Zeit zum Teil bei 10 und mehr Ärzten in Behandlung, letztendlich aber ohne Erfolg. (Zimmermann & Seemann, 1986)

Eine jüngste Befragung in 5 Facharztpraxen in Bochum ergab, daß 36% aller Patienten an chronischen Schmerzen litten, wobei Frauen doppelt so häufig betroffen waren wie Männer und die 4 häufigsten Schmerzlokalisationen der Rücken, der Kopf, die Gelenke und die Beine waren. 15% der Patienten mit chronischen Schmerzen waren aufgrund der Schmerzen berentet oder hatten einen Rentenantrag gestellt. Psychologische Therapie hatten nur 5% der Patienten erhalten. Die bisherige Therapie der Schmerzen bestand überwiegend aus physikalischer und / oder medikamentöser Therapie. 30% der Patienten gaben an, daß bisher keine der durchgeführten Therapien ihre Schmerzen zufrieden stellend hätte lindern können. (Willweber-Strumpf et al., 2000)

François schreibt 1997, daß chronischer Schmerz verbreitet ist und bei bis zu 15% aller Personen einer zufällig ausgewählten Bevölkerungsstichprobe vorkommt. Dabei seien psychosoziale Faktoren häufig involviert und auch Faktoren, die mit Verletzungen durch Berufs- oder Verkehrsunfälle assoziiert seien. Eine interdisziplinäre Schmerzambulanz oder -klinik sei sehr hilfreich in der Behandlung komplexer Fälle, insbesondere wenn auch Psychologen, Sozialarbeiter, Ergo- und Physiotherapeuten bei der Behandlung mit herangezogen würden. (François, 1997)

Eine Zufallsstichprobe (n=10.000) der schwedischen Bevölkerung (Altersgruppe 18-58 Jahre) zeigte bei einer Fragebogenerhebung (Rücklaufquote: 77.1%) eine Prävalenz chronischer Schmerzen von 26%. (Mullersdorf & Soderback, 2000)

Zimmermann & Seemann (1986)	3 Mio. Schmerzpatienten (nur alte Bundesländer)
François (1997)	Prävalenz bis zu 15% in einer zufällig ausgewählten Stichprobe. (Das wären etwa 12 Mio. Schmerzpatienten in ganz Deutschland)
Willweber-Stumpf et al. (2000)	36% aller Patienten in 5 befragten Facharztpraxen in Bochum
Mullersdorf & Soderback (2000)	Prävalenz 26% in einer zufällig ausgewählten Stichprobe in Schweden. (Das wären etwa 21 Mio. Schmerzpatienten in ganz Deutschland)

Tabelle 1: Angaben zur Zahl chronischer Schmerzpatienten in Deutschland.

In den USA lagen die Kosten chronischer Schmerzen für die Volkswirtschaft schon 1981 zwischen 85 und 90 Milliarden US \$. (Seres et al., 1981)

Egle (1999) nennt für 1986 im Bereich der alten Bundesländer Deutschlands volkswirtschaftliche Kosten von ca. 30 bis 40 Milliarden DM für Schmerzpatienten und jährliche Verordnungen von mehr als 1.000.000 Kilogramm Schmerzmittel und rund 86.000.000 Schmerzmittelrezepte.

Zimmermann & Seemann (1986)	Jährliche Analgetikakosten: 373,5 Mio. Mark
Egle (1999)	Volkswirtschaftliche Kosten (alte Bundesländer) in Deutschland (1986): etwa 30-40 Milliarden Mark
Schmidt (1999)	Umsatz der 66 verordnungshäufigsten Analgetika im Jahr 1997: 766,2 Mio. Mark

Tabelle 2: Kosten chronischer Schmerzen in Deutschland

Prädiktoren

Das Schmerzausmaß während Verletzungen oder Infekten ist ein wichtiger Prädiktor für das Ausmaß chronischer Schmerzen (Melzack, 1999)

Auch andere Faktoren, vor allem psycho-soziale, beeinflussen das Entstehen chronischer Schmerzen, z. B. von Rückenschmerzen (Egle, 1999):

1. Patientenalter, weibliches Geschlecht, Arbeitslosigkeit;
2. Schwere der körperlichen Arbeit und Art der erforderlichen Körperhaltung;
3. Unterstützung durch die Familie und Krankheitsgewinn;
4. Schmerzverhalten, Krankheitsattribution, psychopathologische Komorbidität;
5. Schmerzdauer, Therapieerfahrungen, Operationen, Informationsstand zum Krankheitsbild,
6. Länge der Krankschreibung, Verordnung von Schonung,
7. Biographische Risikofaktoren wie Mißbrauch, Mißhandlung, Vergewaltigung.

Der Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch im Kindesalter ist zunächst überraschend und gilt als empirischer Beleg zur Bedeutung psycho-sozialer Belastungsfaktoren (Egle & Nickel, 1998)

Vor einer Überbewertung nur dieses einen Faktors wird abgeraten, das Hinzutreten weiterer Risikofaktoren scheint wichtig zu sein. (Egle, 1999)

Linton berichtet 1997 von einer Untersuchung von zufällig ausgewählten Personen der Altersgruppe 35 bis 45 Jahre. Diese wurden eingeteilt in Personen ohne Schmerzen, Personen mit milden Schmerzen und Personen mit ausgeprägten Schmerzen. Mittels Fragebogen wurden Daten zu physischer Mißhandlung und sexuellem Mißbrauch in der Patientenvorgeschichte erhoben. 2% der Frauen in der Gruppe ohne Schmerzen und 8% der Frauen in der Gruppe mit ausgeprägten Schmerzen berichteten von physischer Mißhandlung. 23% der Frauen in der Gruppe ohne Schmerzen und 46% der Frauen in der Gruppe mit ausgeprägten Schmerzen berichteten von sexuellem Mißbrauch. Für Frauen konnte festgestellt werden, daß physische Mißhandlung das Risiko ausgeprägte Schmerzen zu entwickeln um den Faktor fünf erhöhte und daß sexueller Mißbrauch dieses Risiko um den Faktor vier erhöhte. Bei Männern war dieser Zusammenhang nur gering ausgeprägt. (Linton, 1997)

Psychische Komorbidität

Unter psychischer Komorbidität versteht man Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeit. Das Vorhandensein einer oder mehrerer dieser Erkrankungen beeinflusst die Prognose chronischer Schmerzen bzw. die therapeutischen Möglichkeiten ungünstig. Eine Schmerztherapie ohne Erfassung dieser Morbidität engt die schmerztherapeutischen Möglichkeiten empfindlich ein. (Egle, 1999)

Gatchel et al. stellen eine auffallende Komorbidität bei Patienten mit chronischen Lendenwirbelsäulen (LWS) -Schmerzen fest. Wird die Therapie psychopathologischer Symptome wirksam in das physiotherapeutisch-medizinische Behandlungs-Konzept eingebaut, ist das Ergebnis der funktionellen Wiederherstellung gut. Dadurch könnte die psychosozioökonomische Belastung der verbreiteten und teuren Erkrankung aufgehalten werden. (Gatchel et al., 1994) – ein Beleg für die Wichtigkeit psychischer Diagnostik und Therapie im Rahmen chronischer Schmerzen.

Biopsychosocial model (Engel)

Das Biopsychosoziale Modell nach Engel (1977) geht davon aus, daß biologische und psychologische Faktoren, sowie gesellschaftliche Einflüsse zusammenwirken und die Reaktion eines Menschen auf Schmerz mitbestimmen (Abbildung 1).

Einen besonderen Einfluß kann die psychische Komorbidität bekommen. Dies ist eine psychische Erkrankung, die mit chronischen Schmerzen, aber auch verschiedenen anderen körperlichen Erkrankungen vergesellschaftet sein kann. Psychische Komorbidität und psychologische Faktoren wie maladaptatives Coping oder psychische Stressoren sind nicht dasselbe (Gralow, 2000).

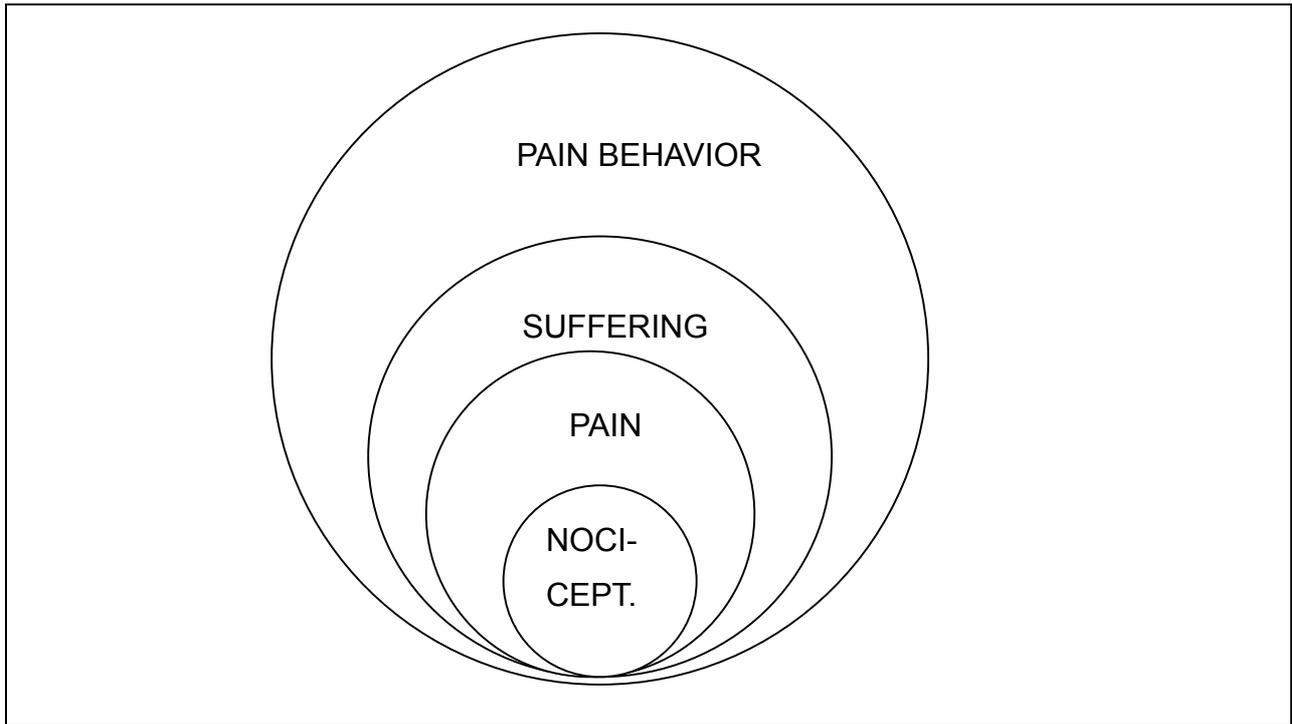


Abbildung 1: Biopsychosocial model nach Engel (1977)

Die Inzidenz des Zusammentreffens von chronischen Schmerzen mit psychischen Erkrankungen wird unterschätzt. In der neuesten Auflage des Zenz/Jurna (Lehrbuch der Schmerztherapie) findet man diesen Begriff nicht im Stichwortverzeichnis. Es ist jedoch seit längerem bekannt, daß die Prävalenz der psychischen Komorbidität unter Patienten mit chronischen, nicht-tumorbedingten Schmerzen gegenüber der Normalbevölkerung überrepräsentiert ist (Gatchel & Epker, 1999).

Unter psychischer Komorbidität versteht man Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, psychische Abhängigkeit sowie andere psychiatrische Erkrankungen, wenn diese mit chronischen Schmerzen verbunden sind. Das Vorhandensein einer oder mehrerer dieser Erkrankungen beeinflusst die Prognose chronischer Schmerzen bzw. die therapeutischen Möglichkeiten ungünstig (Egle, 2000; Gralow, 2000). Eine Schmerztherapie ohne Erfassung dieser therapiebedürftigen psychischen Komorbidität engt die schmerztherapeutischen Erfolg empfindlich ein. (Egle, 1999; Gralow, 2000)

Wird allerdings die psychische Komorbidität bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen therapeutisch in das Gesamtkonzept eingebaut, behindert die Psychopathologie nicht mehr ein erfolgreiches Therapieergebnis (Gatchel et al., 1994).

Bei einer Prävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen in Deutschland von 20-25% (Schepank, 1987) ist mit einer psychische Komorbidität also etwa bei jedem 4. bis 5. Patienten mit chronischen nozizeptiven oder neuropathischen Schmerzen zu rechnen (Egle, 1999), die Prävalenz dürfte bei Schmerzpatienten eher noch höher liegen (Gatchel & Epker, 1999). Neueste Prävalenzdaten (Lebenszeit) in Deutschland (Allgemeinbevölkerung) liegen ebenfalls höher (Meyer et al., 2000), nicht zuletzt auch wegen der Berücksichtigung von Störungen durch Substanzkonsum inklusive Tabak mit 25,8%.

Allerdings war bisher nicht abschließend zu klären, ob diese Psychopathologie die Ursache oder die Folge chronischer Schmerzen ist (Weisberg & Keefe, 1999).

Auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells müssen alle chronifizierenden Faktoren in die Therapie einbezogen werden, also auch die psychische Komorbidität. Das gilt nicht nur für den psychogenen Schmerz (Egle, 1999).

Dadurch könnte die psychosozioökonomische Belastung der verbreiteten und teuren Erkrankung aufgehalten werden (Gatchel et al., 1994) – ein Beleg für die Wichtigkeit psychischer Diagnostik und Therapie im Rahmen chronischer Schmerzen.

Die therapeutischen Konsequenzen für Patienten mit inadäquater Krankheitsbewältigung und Patienten mit Komorbidität sind auch bei Schmerzpatienten unterschiedlich. Die bio-psychoziale Perspektive sei besonders relevant, wenn es um das Verständnis chronischer Schmerzen gehe, denn dann bestünden besonders viele Gelegenheiten, daß Schmerzen durch biologische, psychologische oder soziale Faktoren beeinflusst werden könnten (Engel, 1977).

Untersuchte Krankheitsbilder

Die untersuchten Krankheitsbilder, die alle nach der IASP-Klassifikation eingeteilt und deren Diagnosen nach ICD-10 codiert wurden, werden weiter unten im Text näher beschrieben.

Rückenschmerzen

Definition

Der Begriff Rückenschmerzen wird hier als Diagnosegruppe benutzt, in die eine oder mehrere der folgenden Diagnosen fallen können:

1. Schmerzen im Bereich der HWS (ICD M54.2)
2. Schmerzen im Bereich der BWS (ICD M54.6)
3. Schmerzen im Bereich der LWS (ICD M54.4)
4. Schmerzen im Bereich des Steißbeins (ICD M53.3)

Der Mensch verfügt im Gegensatz zu vielen Tieren nicht über ein Panorama-Gesichtsfeld. Der Rücken und die Lumbalregion sind der visuellen Kontrolle entzogen. Das begrenzte Gesichtsfeld, das 180°-200° nicht überschreitet, könnte ein Grund dafür sein, daß sich der Rücken als Projektionsfeld für Konflikte anbietet. Davon zeugen auch Redewendungen, etwa „Rückgrat raus!“, „Rückgrat haben“, „einen breiten Rücken haben“, „mit dem Rücken zur Wand“, „dem wurde das Kreuz gebrochen“ oder aber eine übertrieben opportunistische Anpassung : „katzbuckeln“, „zu Kreuze kriechen“). Der Rücken als Projektionsort für feindliche innere und äußere Objekte findet auch sprachlich seinen Ausdruck: im Angelsächsischen lautet das Idiom für Diffamierung back-biting („in-den-Rücken-beißen“), im Deutschen weist der „Hexen-“, oder „Elbenschuß“ auf eine von außen kommende Verursachung hin. (Schultz-Venrath, 1993)

Am lumbosakralen Übergang finden sich mehr als 200 radiologische und anatomische Anomalien, die für sich allein jedoch keinen Krankheitswert haben. Da es sich beim chronischen Verlauf um ätiologisch mindestens ebenso vielfältige Schmerzsyndrome handeln kann wie beim akuten, ist es gerechtfertigt, von den Lumbago-Ischialgie-Syndromen (LIS) zu sprechen. (Schultz-Venrath, 1993)

Am Beispiel des LIS sollen hier einige somatische Konzepte vorgestellt werden, die teilweise auch für Rückenschmerzen der oberen Wirbelsäulensegmente gelten:

Degenerative Wirbelsäulenveränderungen - alltagssprachlich „Verschleiß“ genannt - konnten schon an Fossilien und Neandertalern, aber auch an ägyptischen Mumien und Pueblo-Indianern nachgewiesen werden. Insofern widersprechen diese Beobachtungen wohl der gängigen Auffassung, degenerative Veränderungen seien erst ein Phänomen der Neuzeit. Bis zu den von einem Neurochirurgen und Orthopäden eingeleiteten Paradigmenwechsel, daß der Bandscheibenvorfall (Diskushernie) alleinige Ursache aller LIS sei, wurde ein breites Spektrum verschiedenster Ätiologien postuliert, das von lokalen (Neuritiden) bis zu allgemeineren Entzündungstheorien (Erkältung) und von externen Druckphänomenen (Luftdruckschwankung) bis zu intern mechanischen Ursachen (Tumor) reichte. (Schultz-Venrath, 1993).

Epidemiologie

Rund 90% der Bevölkerung haben mindestens einmal im Leben klinisch relevante Rückenschmerzen. Sofern sie Tätigkeiten ausüben, die den Rücken belasten, haben rund drei Viertel dieser Personen einmal im Jahr Rückenschmerzen. Rückenschmerzen sind das häufigste Schmerzproblem in der Bevölkerung und der häufigste Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Die Kosten des Rückenschmerzes in Deutschland werden von Egle et al. 1999 auf 34 Milliarden Mark im Jahr geschätzt, wobei hiervon 30% auf Behandlungskosten und 70% auf Kosten für den Arbeitsausfall entfallen. 60 - 70% der Patienten, die länger als 6 Monate wegen Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenschmerzen nicht arbeiten konnten, kehren nicht mehr in den Arbeitsprozess zurück. (Hildebrand et al., 1997)

Zenz schreibt 1995, daß in Deutschland statistisch gesehen ständig jeder Dritte unter Rückenschmerzen leidet, daß Rückenschmerzen die häufigste Ursache für einen Arztbesuch und eine stationäre Krankenhausbehandlung seien, daß 165 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr in Deutschland dadurch entstehen und 22 Milliarden Mark als Folgekosten alleine durch Produktionsausfall in Deutschland dadurch entstehen. 80% der Patienten erleben laut Zenz (1995) einen Rückgang der Beschwerden innerhalb von 8 Wochen, unabhängig von der Behandlung. Die jährliche Inzidenzrate liegt bei 15-30%, Rezidive treten in 60-80% der Fälle auf, 7% der Patienten mit akuten Rückenschmerzen sind längerfristig arbeitsunfähig und verursachen 80% der Gesamtkosten der Krankheitsbilder Rückenschmerz. 22% aller Erkrankungsfälle und 32% aller Erkrankungstage mit geschätzten Folgekosten von 42 Milliarden Mark pro Jahr in Deutschland werden durch chronische Rückenschmerzen verursacht. Chronische Rückenschmerzen seien für 17% aller Neuzugänge bei Erwerbsunfähigkeits- (EU) und Berufsunfähigkeits- (BU) Renten und für 36% aller Fälle stationärer Reha-Maßnahmen verantwortlich. (Zenz, 1995)

Baumann (1998) schreibt, daß 80% der ländlichen Bevölkerung zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr mit akuten bzw. chronischen Kreuzschmerzen belastet seien. Etwa 63% leiden irgendwann in ihrem Leben an lumbovertebralen Schmerzen, wobei auffällig oft eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe. 20% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle in Deutschland erfolgen wegen akuter oder chronischer Kreuzschmerzen, 50% aller Frührentenanträge seien die Folge von LWS-Beschwerden. Da speziell die Altersklasse zwischen 40 und 50 Jahren betroffen sei, verschärfe sich die volkswirtschaftliche Bedeutung dieses Leidens. (Baumann, 1998)

In den USA stieg die Zahl der Invaliden durch lumbales Rückenleiden 14 mal schneller als die Gesamtbevölkerung. Nur die Hälfte der Patienten, die länger als sechs Monate an Rückenschmerzen leiden, kehren an ihren Arbeitsplatz zurück. (Schultz-Venrath, 1993).

Prävalenz

Von der im deutschen nationalen Gesundheitssurvey Ost (NGO) von 1991/92 präsentier-

präsentierten Liste von rheumatischen Beschwerden werden Rückenschmerzen mit Abstand am häufigsten genannt. Rund 26% der Befragten leiden zum Befragungszeitpunkt unter Rückenschmerzen (Punktprävalenz), 62% geben Rückenschmerzen „während der letzten 12 Monate“ an (Jahresprävalenz) und 68% hatten schon jemals in ihrem Leben Rückenschmerzen (Lebenszeitprävalenz). Um diese Daten aus Ostdeutschland mit Daten aus der westdeutschen Bevölkerung vergleichen zu können, wurden mittels postalischer Befragungen 1991/92 in Lübeck und 1990 sowie 1993/94 in Bad Säckingen Daten erhoben. Der Vergleich mit den Bad Säckinger Daten von 1993/94 betrifft nur Frauen zwischen 35 und 74 Jahren. Die standardisierten Prävalenzen von Rückenschmerzen in Ostdeutschland lagen 12 bis 19 Prozentpunkte unter den entsprechenden Werten für die westdeutsche Regionen. (Berger-Schmitt, 1996)

Mit einer Prävalenz von 32% waren chronische Rückenschmerzen das häufigste Gesundheitsproblem in einem Kollektiv von 974 Arbeitern und Angestellten eines Metallbetriebes in Deutschland. Dabei waren physische Faktoren wie Heben und Tragen besonders stark mit chronischen Rückenschmerzen assoziiert (multivariable odds ratios > 2.8), wogegen psychosoziale Stressoren wie Zeitdruck, Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten weniger ausgeprägt mit chronischen Rückenschmerzen assoziiert waren (multivariable odds ratios zwischen 1.4 und 1.8). (Wanek et al., 1998)

Aufgrund methodischer Verschiedenheiten, verschiedenen Zielpopulationen und verschiedenen Zielsetzungen kommt es zu unterschiedlichen Aussagen zur Schmerzprävalenz von Rückenschmerzen in verschiedenen Studien: Die Punktprävalenz wird mit 0.8-41% und die Einjahresprävalenz mit 15-56% in generellen Gesundheitserhebungen angegeben, während spezielle Erhebungen zu Rückenschmerzen Punktprävalenzen von 14-42% und Lebenszeitprävalenzen von 51-84% angeben. Die höchste Prävalenz wird in der Altersgruppe der 50-64-jährigen gefunden. (Schochat & Jackel, 1998)

In einer kanadischen Studie wurde die Prävalenz chronischer oder rezidivierender Rückenschmerzen seit Dienstantritt kanadischer Polizisten mit 54.9% angegeben. Dieser Wert deckt sich mit der Lebenszeitprävalenz chronischer oder rezidivierender Rückenschmerzen der gesamten kanadischen Bevölkerung. (Brown et al., 1998)

Taimela et al. schreiben 1998, daß tiefer Rückenschmerz eine recht häufige Beschwerde bei Adoleszenten in Finnland sei und ein bedeutsamer Anteil der 14-jährigen leide bereits an chronischen Rückenschmerzen. (Taimela, 1998)

Zenz (1995)	Punktprävalenz: 33% Jährliche Inzidenz: 15-30%
Berger-Schmitt (1996)	Punktprävalenz: 26% Jahresprävalenz: 62% Lebenszeitprävalenz: 68% (Alle Angaben betreffen neue Bundesländer. Standardisierte Prävalenzen für alte Bundesländer: 12-19 Prozentpunkte höher)
Hildebrand et al. (1997)	Lebenszeitprävalenz: etwa 90%
Baumann (1998)	Lebenszeitprävalenz: 63%
Wanek et al. (1998)	Punktprävalenz: 32% (in einem deutschen Metallbetrieb)
Schochat & Jackel (1998)	Punktprävalenz: 0,8 – 41% Jahresprävalenz: 15 – 56 % Lebenszeitprävalenz: 51 – 84%
Brown et al. (1998)	Lebenszeitprävalenz: etwa 55% (Kanada)

Tabelle 3: Epidemiologie chronischer Rückenschmerzen in Deutschland (und Kanada).

Psychosomatische Faktoren bei Rückenschmerzen

In der „South Manchester Back Pain Study“ wurde der Zusammenhang zwischen früheren Episoden von Rückenschmerz und dem erneuten Auftreten von Rückenschmerz

Rückenschmerz untersucht. 3,1% der Männer und 4,75 der Frauen hatten eine neue Episode von Rückenschmerz, die in der Nachbeobachtungszeit von 12 Monaten zum Aufsuchen eines Arztes führten, während 30,7% der Männer und 32,1% der Frauen zwar neu aufgetretene Rückenschmerzen hatten, aber sich nicht in Behandlung begaben. (Papageorgiou et al., 1996)

Beim chronifizierten Rückenschmerz besteht allerdings häufig keine enge Korrelation zwischen dem Grad der körperlichen Erkrankung und dem Ausmaß subjektiver Schmerzempfindung sowie der daraus resultierenden lebenseinschränkenden Behinderung. Die bisherigen Ergebnisse epidemiologischer und klinischer Schmerzforschung lassen den Schluß zu, daß der Chronifizierungsprozeß als ein Resultat komplexer Interaktionen somatischer und psychischer Dimensionen sowie sozialer Unterstützungssysteme zu verstehen ist. (Gralow, 2000)

Turk & Flor schreiben 1987, daß Nichtbeachtung psychosozialer, psychophysiologischer und medizinisch-physikalischer Faktoren zu einem unzureichenden Verständnis des Patienten und unangemessenem therapeutischen Vorgehen führen kann.

Bei 38 Rückenschmerzpatienten mit einer Erkrankungsdauer zwischen 6 Wochen und 6 Monaten wurde 3 Wochen lang das Ulmer Schmerztagebuch (UST) geführt (Kessler & Hrabal, 1997). Die Analyse der Zusammenhänge zwischen Schmerzintensität, Stimmung und medizinischen Maßnahmen zeigte signifikante Korrelationen zwischen diesen drei Variablen. Die Berechnung von Partialkorrelationen ergab neben einem hohen Zusammenhang zwischen Schmerzintensität und Stimmung, daß die medizinischen Maßnahmen weniger mit der Schmerzintensität zusammenhängen als mit dem Ausmaß der Stimmungsbeeinträchtigung.

Psychosoziale Variablen wurden von Hasenbring & Ahrens im Rahmen einer Pilotstudie mit prospektivem Studiendesign untersucht, so die Variablen Depressivität und sensorische und affektive Aspekte des Schmerzerlebens. Die Gruppe von Patienten, die nach Abschluß der Behandlung weiterhin Schmerzen mit oder ohne Sensibilitätsstörungen angaben, ohne daß eine organische Ursache gefunden werden konnte, unterschied sich schon vor der Behandlung durch eine deutlich erhöhte Depressivität von den übrigen Patienten. Mit dem BDI (Becks Depression Inventory) war eine richtige Vorhersage

war eine richtige Vorhersage des Behandlungsergebnisses in 86,84% der Fälle möglich. Zum einen wird hier die im BDI vor allem auf der somatischen und kognitiven Ebene erhöhte Depressivität als Reaktion auf jahrelang schon bestehende Schmerzen gedeutet, zum anderen werden diese Ergebnisse als Ausdruck einer "lavierten Depression" verstanden. Der BDI erwies sich hier als ein hilfreiches Screening-Instrument. Mit ihm kann auf Patienten hingewiesen werden, für die im Einzelfall eine differenzierte Psychodiagnostik notwendig ist, so daß, begleitend zur notwendigen medizinischen Therapie, psychologische Behandlungsangebote gemacht werden können. (Hasenbring & Ahrens, 1987)

In einer Studie an 82 Patienten mit lumbalem Bandscheibenvorfall, die sich erstmalig einer Nukleotomie unterzogen, wurde der Versuch einer statistischen Fundierung und somit weiterführenden Replikation früherer Ergebnisse von Hasenbring unternommen. Die Ergebnisse der Studie haben erneut hervorgehoben, daß neben den depressiv-ängstlichen Vermeidern auch die 2 speziellen Untergruppen mit kognitiven und behavioralen Durchhaltetendenzen ein erhöhtes Risiko bezüglich eines ungünstigen Genesungsverlaufs aufzuweisen scheinen. Diese Daten weisen darauf hin, daß auch psychische und nicht allein somatische Befunde das Heilungsergebnis von Bandscheibenoperationen erheblich beeinflussen können. Dieser Umstand hat dazu geführt, daß operative Fächer die Indikation zu Bandscheibenoperationen wesentlich enger stellen (Grebner et al., 1999)

Chronische LIS-Patienten über 50 Jahre mit einer mehrjährigen LIS-Krankengeschichte, einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Monaten, fehlendem neurologischen Defizit, fehlendem Diskusprolaps, psychosozialen Schwierigkeiten und lumbalen Voroperationen gehören zu jenen, die von einer Operation, gleich welcher Art, nicht profitieren (Dvorak et al., 1988; Alaranta et al., 1990)

Eine Untersuchung an 86 ambulanten Rückenschmerzpatienten erbrachte das Ergebnis, daß körperliche Beschwerden bei der untersuchten Stichprobe im wesentlichen als Depressions- und Chronifizierungsäquivalent anzusehen seien. (Hildebrand et al., 1997) Eine vermehrte Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Mißempfindungen (im Sinne einer hypochondrischen Persönlichkeit) konnte dabei nicht bestätigt werden. Die Un-

Untersuchung ist als weiterer Hinweis darauf zu interpretieren, daß körperliche Beschwerden und Depressivität bei Schmerzpatienten in einem circulus vitiosus gesehen werden können.

Dworkin et al. befragten 1016 Patienten einer großen Health Maintenance Organization der USA mittels Fragebogen, um Daten zum Vorkommen von fünf Arten von Schmerzen (Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Abdominalschmerzen, Brustschmerzen und Temporomandibularschmerzen) und deren Assoziation zu affektiven Störungen, Somatisierung und psychischem Streß zu erhalten. Eine logistische Regressionsanalyse zeigte eine hochsignifikante Beziehung zwischen der Anzahl der berichteten Schmerzzustände und der Ausprägung von Somatisierung, gemessen nach der Symptom Checklist 90 - Revised. Individuen mit zwei oder mehr Schmerzzuständen hatten ein erhöhtes Risiko einer algorithmisch diagnostizierten Depression als Personen, die nur unter einer Schmerzart litten. (Dworkin et al., 1990)

Behandlung

Die medikamentöse Therapie und weitere Therapiearten müssen kontroverse Probleme berücksichtigen: u. a. Nebenwirkungen, Kosten, Wirkungen, therapeutischer Nutzen.

Die Behandlung von Rückenschmerzen hat sich in letzten Jahren gewandelt: Mittlerweile besteht ein breiter Konsens über die Wichtigkeit von aktiven, trainings- und verhaltensorientierten Interventionen unter Einschluß edukativer Elemente. Dieses Konzept wurde in den 80er-Jahren von Mayer und Gatchel vorgestellt. (Mayer & Gatchel, 1998)

Die Bewegungstherapie findet Anwendung im Sinne eines sportmedizinischen Trainings von Kraft, Ausdauer, Flexibilität und Koordination wie zum Beispiel in Programmen zur Behandlung von Rückenschmerzen. (Hansen et al., 1998)

In Göttingen wurde 1990 begonnen, Programme, die ursprünglich aus dem angelsächsischen Bereich vorgestellt wurden, in die Praxis umzusetzen und bezüglich ihrer Effektivität zu analysieren. Sporttherapeutische, ergotherapeutische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Interventionen sind in einem standardisierten Gesamtkonzept integriert. Dazu kommt eine differenzierte Berücksichtigung der Arbeitsplatzsituation und die entsprechende Einbindung arbeitsspezifischer Haltungen und Bewegungen in die Therapie. (Pfungsten, 1998)

In der Ambulanz für Schmerzbehandlung an der Universität Göttingen wurde ein multimodales Behandlungskonzept an einer klinischen Stichprobe von 138 Rückenschmerzpatienten überprüft. Die Patienten durchliefen ein Vorprogramm, wurden während des fünfwöchigen Hauptprogramms sieben Stunden täglich behandelt und nahmen optional an einem Nachprogramm teil, wobei während dieser Zeit die schrittweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit erfolgte (Hildebrandt et al., 1996). Nach Abschluß dieser Forschungsstudie wurde das Programm auf insgesamt fünf Wochen (eine Woche Vorprogramm, vier Wochen Hauptprogramm) ohne Qualitätsverlust und mit vergleichbaren Ergebnissen verkürzt durchgeführt. Auch eine nochmalige Verkürzung auf insgesamt 20 Behandlungstage und Reduktion des täglichen Behandlungsumfanges auf sechseinhalb Stunden ergab keine Verschlechterung des Ergebnisses. (Hildebrandt et al., 2000) Zum Behandlungsplan des Göttinger Rücken Intensiv Programms (GRIP) gehören Ausdauertraining, Sport/ Spiele, Gruppenpsychotherapie, Entspannungstraining (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), Koordinationstraining, Muskelfunktionstraining, Work-Hardening, Abwärmen (Entlastungsübungen) in 5 Terminen pro Woche (Montag-Freitag), insgesamt 4 Wochen, pro Termin 6 Stunden Behandlungszeit, zusätzlich Einzelbehandlungen (Krankengymnastik, Psychotherapie) (Hildebrandt et al., 1996, 1997).

Bei den Teilnehmern des Programms handelte es sich um ein Patientenkollektiv mit erheblicher körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigung. Von 73 Patienten, die zuvor im Durchschnitt 9 Monate arbeitsunfähig gewesen waren, arbeiteten zum Zeitpunkt der 12-Monats-Katamnese über 61% wieder. Besonders aussagekräftig ist, daß auch noch 2 Jahre nach der Behandlung dieser Wert stabil war (Hildebrandt et al., 1997)

Als Gesamtersparnis pro Patient in 2 Jahren geben Hildebrandt et al. (1997) an (in DM):

1. Arztkonsultationen:	2.981
2. Medikamente:	946
3. Physikalische Behandlung:	1.438
4. Krankenhausbehandlung:	5.248
5. Stationäre Rehabilitation:	3.176
6. Arbeitsausfallkosten:	53.641

Das ergibt eine Summe von DM 67.430 pro Patient, bzw. DM 33.715 pro Patient und Jahr.

Mit dem die Aktivität der Patienten fördernden GRIP wurden auch Untersuchungsergebnisse (Wadell, 1987) berücksichtigt, die die Abwendung von passiven Maßnahmen (Ruhe) und die Hinwendung zur aktiven Wiederherstellung der Funktion forderten.

Cassisi et al. berichten 1989 von einer Untersuchung bei 236 Patienten, die wegen chronischer Rückenschmerzen der LWS zum University of Miami Comprehensive Pain and Rehabilitation Center (UMCPRC) überwiesen wurden. 61% dieser Patienten konnten telefonisch zu ihren Beschwerden über durchschnittlich 22,5 Monate befragt werden. Die Autoren kommen zum Schluß, daß das UMCPRC-Programm ein effektives Programm zur Behandlung chronischer LWS-Schmerzen ist. (Cassisi et al., 1989)

Hinsichtlich der Gruppentherapie von LIS-Patienten liegen kaum kontrollierte Untersuchungen vor. „Patienten mit Wirbelsäulensyndromen“ weisen eine wesentlich höhere Abbrecherquote (36%) auf als „Rheumakranke“ (6%) oder „heterogene Schmerzkranken“ (25%), was angesichts der spezifischen Persönlichkeitsstruktur und des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts nicht unerwartet scheint (Beutel, 1988).

Um erstmals Daten zur Behandlungseffektivität von Patienten unter vertragsärztlichen Bedingungen zu erhalten, dokumentierten in der Region Mittelfranken Vertragsärzte und

deren Patienten am Anfang und am Ende eines 6 Monate dauernden Behandlungsintervalls Daten zur Ergebnisqualität der Therapie. Von 2.100 angeschriebenen Vertragsärzten nahmen 35 (1,7%) Kollegen teil. Nur Patienten, die seit mindestens 4 Wochen über Rückenschmerzen klagten, wurden eingeschlossen. Hierbei wurden 157 Patienten dokumentiert, wovon 20% bei Studienaufnahme dem Chronifizierungsstadium I nach Gerbershagen (Gerbershagen, 1986) angehörten, 57% dem Stadium II und 23% dem Stadium III. Die Behandlung war nicht standardisiert und enthielt das bekannte Spektrum nicht-operativer Verfahren. Die Schmerzintensität, schmerzbedingte Beeinträchtigung im Alltag, Depressivität und Lebensqualität verbesserten sich zwar signifikant, jedoch waren die mittleren prozentualen Änderungen sowie die Effektstärken klein. Maximal ein Drittel aller Patienten verbesserten sich um 30% und mehr vom Ausgangswert oder im Chronifizierungsstadium um eine Stufe. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage änderte sich nicht signifikant. Prädiktoren für Therapieresponder konnten nicht gefunden werden. (Lang et al., 2000)

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß Rückenschmerzen häufig sind und einen gesundheitspolitisch bedeutsamen Kostenfaktor darstellen. Die alleinige somatische Therapie chronischer Rückenschmerzen hat sich als Irrweg erwiesen. Rückenschmerzpatienten können geradezu als Modell bio-psycho-sozialer Zusammenhänge gesehen werden, was sowohl ätiologisch, diagnostisch und therapeutisch gilt.

Multilokuläre Schmerzen

Definition

Hierzu zählen in dieser Untersuchung alle Patienten mit Schmerzen an drei oder mehr Körperregionen. In diese Diagnosegruppe können folgende Diagnosen fallen, sofern dabei Schmerzen an drei oder mehr Körperregionen vorkommen:

1. Fibromyalgie (ICD M79.0)
2. Somatoforme Schmerzstörung (ICD F45.4)
3. Polymyalgia rheumatica (ICD M35.3)
4. Polymyositis (ICD M33.2)
5. Dermatomyositis (ICD M33.1)
6. Tumoren (ICD C80)
7. Entzündlich bedingte Radikulopathien (ICD M54.1)
8. Wurzelkompressionssyndrome (ICD M54.1)
9. Myofasiales Schmerzsyndrom (ICD M79.1)
10. Metastasenschmerzen (ICD C80)
11. Arthralgien (ICD M25.5)
12. Arthroseschmerzen (ICD M19.9)

Viele Patienten aus der Diagnosegruppe „Multilokuläre Schmerzen“ leiden unter Fibromyalgie, deswegen soll dieses Krankheitsbild nachfolgend näher dargestellt werden.

Eine weitere große Gruppe innerhalb der Diagnosegruppe „Multilokuläre Schmerzen“ stellen Patienten mit somatoformer Schmerzstörung, die deswegen nach dem Kapitel „Fibromyalgie“ kurz dargestellt werden soll.

Fibromyalgie und deren Begleitsymptome

Ecker-Egle & Egle beschreiben 1993 die Fibromyalgie als ein nichtentzündliches, lokalisatorisch generalisiertes und im Verlauf chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der Muskeln, dem Bindegewebe und um Gelenke herum bei dem sich immer begleitend zusätzliche vegetative und funktionelle Störungen finden lassen.

Mindestens 11 von 18 Punkten müssen bei digitaler Palpation mit einem Druck von 4 kg/cm² an definierten Körperstellen schmerzhaft sein. Die Fibromyalgie weist eine hohe Inzidenz von Somatisierungen auf:

1. Trockener Mund
2. Hyperhidrose der Hände
3. Raynaud-Syndrom
4. Orthostatische Kreislaufdysregulation
5. Tremor der Hände
6. Respiratorische Arrhythmie
7. Dermographismus
8. Schlafstörung
9. Erschöpfbarkeit
10. Colon irritabile
11. Globusgefühl
12. Herzbeschwerden
13. Atembeschwerden
14. Urogenitalbeschwerden
15. Par-(Dys-)ästhesien. (Ecker-Egle & Egle, 1993)

Nach Ecker-Egle & Egle (1993) kommen folgende Begleitsymptome häufig bei einer Fibromyalgie vor:

1. Abgeschlagenheit: 78,2%
2. Morgensteifigkeit: 76,2%
3. Schlafstörungen: 75,6%
4. Parästhesien: 67,1%
5. Kopfschmerzen: 54,3%
6. Angst: 44,9%
7. Funktionelle Abdominalbeschwerden: 35,7%.

Die Ätiologie ist weitgehend unbekannt, Hypothesen zur Pathogenese sind wissenschaftlich ungesichert und eine standardisierte Therapie ist strittig. Zur Prognose zeigen Langzeitbeobachtungen, daß durch unterschiedliche Therapiearten zwar das Ausmaß des subjektiven Erlebens der Krankheit verbessert werden kann, eine Beschwerdefreiheit meist jedoch nicht zu beobachten ist. (Ecker-Egle & Egle, 1999)

Der Begriff „Fibromyalgie“ löste seit seiner Einführung 1976 frühere Bezeichnungen wie „Fibrositis“, „generalisierte Tendomyopathie“ oder „Weichteilrheumatismus“ weitgehend ab. Bisher hat sich kein primär somatisches Krankheitskonzept bestätigt, ein eindeutig objektivierbares organisches Substrat hat sich trotz vielfacher Bemühungen nicht nachweisen lassen. (Hausotter, 1998)

Komorbidität

Fibromyalgie imponiert mit multilokulären Schmerzen und nimmt an Bedeutung immer mehr zu, dabei spielt die psychische Komorbidität eine große Rolle.

Epstein et al. (1999) untersuchten an 73 Fibromyalgie-Patienten, ob psychiatrische Komorbidität und psychische Variablen prädiktiv für Fibromyalgie sind. Bei diesen Patienten wurde eine hohe gegenwärtige und Lebenszeitprävalenz für Depression (major depression) und Panikattacken gefunden. Die häufigsten Störungen waren:

1. Depression (major depression): gegenwärtige Prävalenz: 22%, Lebenszeitprävalenz: 68%
2. Dysthymia: gegenwärtige Prävalenz: 10%, Lebenszeitprävalenz: fehlt
3. Panikattacken: gegenwärtige Prävalenz: 7%, Lebenszeitprävalenz: 16%
4. Phobie (simple phobia): gegenwärtige Prävalenz: 12%, Lebenszeitprävalenz: 16%

Benjamin et al. (2000) untersuchten mittels Fragebogen eine Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung, die 1953 Personen einschloß (75% Rücklaufquote). Die Beziehung zwischen chronischem weitverteiltem Schmerz (chronic widespread pain, CWP) und psychischen Störungen, wie Angst oder Depression, wurde mittels logistischer Regressionsanalyse untersucht. Die Autoren fanden für psychische Störungen eine Prävalenz von 11,9%. Die Wahrscheinlichkeit unter psychischen Störungen zu leiden, war für Patienten mit CWP 3,18 mal höher als für Patienten ohne CWP (Konfidenzintervall: 1,97 bis 5,11). (Benjamin et al., 2000)

Epidemiologie

Am Beispiel der Fibromyalgie soll die Epidemiologie multilokulärer Schmerzen dargestellt werden. In Deutschland leiden etwa ein bis zehn Prozent der Bevölkerung an einer Fibromyalgie, Frauen häufiger als Männer.

Die Fibromyalgie hat

1. eine Prävalenz von mind. 1-2% in der Bevölkerung und tritt in Europa wesentlich häufiger auf als die chronische Polyarthritits,
2. kommt bei 3,7-20% aller Rheumapatienten vor,
3. betrifft Frauen 2-3 mal häufiger als Männer und

4. beginnt meistens im 25.-50. Lebensjahr. (Zenz, 1995)

Berg gibt eine Prävalenz von 1 bis 10% des Fibromyalgiesyndroms an. (Berg, 2000)

Keitel gibt für die Fibromyalgie folgende Prävalenz an: 1 bis 10% in verschiedenen Industrieländern, 5,8% der Frauen im Alter von 40 bis 60 Jahren in den USA, in Deutschland 7,8%. Finanzielle Belastungen erwachsen der Gesellschaft durch Fibromyalgie im gleichen Ausmaß wie durch Arthrosen. Bei einem Viertel der Betroffenen bestünde Arbeitsunfähigkeit, die Zahl der jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage dieser Krankheitsgruppe ist mit 160 in Deutschland fast zehnmal so hoch wie die der Gesamtbevölkerung; in einigen Gegenden Norwegens sei die Fibromyalgie die häufigste Ursache der Frühinvalidität bei Frauen. (Keitel, 1999)

Berg (2000)	Prävalenz: 1-10%
Zenz (1995)	Prävalenz: 1-2%, das wären umgerechnet 0,8-1,6 Mio. Pat. in ganz Deutschland
Keitel (1999)	Prävalenz: 1-10%, das wären 0,8-8 Mio. Patienten in ganz Deutschland. 7,8% der Frauen im Alter von 40-60 Jahren in Deutschland

Tabelle 4: Epidemiologie der Fibromyalgie in Deutschland

Mittels Fragebogen (Rücklaufquote: 60%) wurden niederländische Allgemeinmediziner nach dem Vorkommen von CFS und Fibromyalgie befragt. Die daraus geschätzte Prävalenz von 157 Fibromyalgiepatienten pro 100.000 Einwohner und 112 CFS-Patienten pro 100.000 Einwohner wird von den Autoren als Minimumschätzung bezeichnet. (Bazelmans et al., 1999)

In einer Zufallsstichprobe von 3.006 Personen in Wichita, Kansas, USA, fand sich eine Prävalenz der Fibromyalgie von 2,0% (95% Konfidenzintervall: 1,4 bis 2,7) für beide Ge-

Geschlechter, 3,4% (95% KI: 2,3 bis 4,6) für Frauen und 0,5% (95% KI: 0,0 bis 1,0) für Männer. Die Prävalenz nahm mit dem Alter zu, wobei sich die höchsten Werte in der Altersgruppe 60 bis 79 Jahre fanden (> 7,0% bei Frauen). (Wolfe et al., 1995)

Bei den Fibromyalgiepatienten überwiegen Frauen deutlich gegenüber Männern, im Verhältnis 85 zu 15. Angaben über die Häufigkeit sind sehr unterschiedlich. In den USA bestehe bei 2% der von Hausärzten betreuten Patienten eine Fibromyalgie, bei 5% der von Internisten betreuten Patienten und bei 10-20% aller Patienten in rheumatologischen Fachkliniken. Es findet sich auch die Angabe von etwa 3% der Bevölkerung. (Hausotter, 1998)

Prävalenz

Beim Rheumatologen sind mindestens 20% der neuen Patienten von Fibromyalgie betroffen, beim Hausarzt mindestens 5%. Auffallend ist die familiäre Häufung: 68% der Fibromyalgie-Kranken haben mindestens einen Verwandten ersten Grades mit der gleichen Erkrankung. Ob dies genetisch bedingt ist oder durch erlernte Verhaltensmuster bei gleichen psychosozialen Bedingungen innerhalb der Familie, bleibt unklar, denn die Ursachen der Erkrankung sind nach wie vor unbekannt.

Beschwerdebild

Die Beschwerden können ein breites Spektrum umfassen: Außer Schmerzen auch Depression, Schlafstörungen oder funktionelle Herzkreislaufbeschwerden.

Inanspruchnahme von Therapie

Fibromyalgiepatienten nehmen häufiger als andere rheumatologische Patienten alternative Therapien in Anspruch (91% versus 63%) und werden mindestens dreimal häufiger operiert (Wirbelsäule, Appendix, Karpaltunnel, Hysterektomie).

Arbeitsunfähigkeit, Berentung, Prognose

Die Fibromyalgie ist einer der häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung. Die Annahme, dass Fibromyalgie nur in Ländern mit modernem Sozialversicherungssystem vorkommt, ist umstritten. In einer Studie aus den USA war die Fibromy-

Fibromyalgie-Prävalenz in einer „Amish-Community“ ohne Sozialversicherungssystem sogar höher als in der umgebenden, versicherten „Normalbevölkerung“ (7,2% versus 3,3%). In Großbritannien ist jeder zweite Betroffene nach 4 Jahren nicht mehr berufstätig. Auf der anderen Seite fanden britische Studien heraus, dass bei verweigerter Krankengeldzahlung 50% der Betroffenen nach 2 Jahren geheilt sind. Deutsche Langzeituntersuchungen an über 1000 Patienten über 7 bis 10 Jahre belegen die Hartnäckigkeit der Symptome der Fibromyalgie. Den meisten Patienten geht es im Verlauf nicht besser, auch nicht nach einer im arbeitsfähigen Alter stattfindenden Berentung.

Kosten

Die direkten Kosten, die in Deutschland durch Fibromyalgie entstehen sind erheblich, sie liegen zwischen einer und acht Milliarden Mark pro Jahr. Bei der Therapie entstehen pro Patient durchschnittlich 2.500 Mark Kosten pro Jahr. Da die Heilungschancen schlecht sind, ist eine langjährige Therapie die Regel. Die größten Kostenblöcke betreffen die ärztliche Behandlung mit durchschnittlich 634 Mark, die Medikamentenkosten mit 536 Mark und die dringend nötige Psychotherapie mit 479 Mark pro Jahr (dazu kommen weitere, kleinere Kostenblöcke). Dazu addieren sich allerdings noch die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit (6.630 Mark pro Patient und Jahr) und die Kosten für Berufs-/Erwerbsunfähigkeit und Frühverrentung (rund 40.000 Mark pro Patient und Jahr). Die Berechnung geht davon aus, dass die Fibromyalgie zu 89% Frauen im mittleren Alter zwischen 35 und 50 Jahren betrifft, von denen etwa die Hälfte im Verlauf der Erkrankung auch an Schlaflosigkeit und Depressionen leidet. (Rautenstrauch, 2000)

Wolfe et al. (1995)	2% in Kansas (USA)
Hausotter (1998)	3% in USA
Bazelmans et al. (1999)	0,157% Fibromyalgie und 0,112% CFS in Holland (Minimalschätzung)
Rautenstrauch (2000)	Prävalenz: 3,3% in den USA

Tabelle 5: Epidemiologie der Fibromyalgie in Holland und den USA

Psychosoziale Faktoren bei Fibromyalgie

1987 beschreiben Turk et al. in einer Übersichtsarbeit die Rolle, die Familien in der Ätiologie chronischer Schmerzen spielen, den Beitrag, den Familien bei der Unterhaltung chronischer Schmerzen leisten können und den negativen Einfluß, den chronische Schmerzen auf Familien haben können. (Turk & Flor, 1987)

1985 stellte Roy die Rolle von Mißbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit beim Entstehen chronischer Schmerzen heraus und schlug weitere, breit angelegte Forschung vor. (Roy, 1985)

48 Patienten mit Fibrositissyndrom (von Hell et al. auch generalisierte Tendomyopathie genannt, Synonym: Fibromyalgie) und 25 Patienten mit chronischer Polyarthritits (bis Stadium II nach Steinbrocker) wurden in einer Studie auf ihre psychosozialen Merkmale und ihre Persönlichkeitszüge hin untersucht. Dabei ergaben sich folgende statistisch signifikante Unterschiede: Die Patienten mit Fibrositissyndrom waren in ihren ersten Lebensjahren häufiger von ihren Eltern getrennt (25% gegenüber 8%) und hatten seltener eine kameradschaftliche Beziehung durch mindestens einen Elternteil gehabt als die cP-Patienten (8% gegenüber 48%). Zu ihrer aktuellen Lebenslage sowie zu ihrer Lebenssituation unmittelbar vor Ausbruch der rheumatischen Erkrankung wiesen sie

signifikant ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,025$) mehr belastende Problembereiche auf als die cP-Patienten. Verlassenheitsgefühl (durch Partnerverlust) und Einschränkung der eigenen Leistungsfähigkeit (durch eigene Krankheit) gehen bei zwei Drittel der Patienten mit Fibrositissyndrom der rheumatischen Erkrankung voraus. Nach den Befunden schildern sich die Patienten als psychosomatisch gestörter, aggressionsgehemmter, verschlossener, durchsetzungsunfähiger und emotional labiler als die cP-Patienten. (Hell, 1982)

Die geschilderten psycho-sozialen Einflußfaktoren deuten darauf hin, daß vor einer Therapie chronischer Schmerzen unbedingt eine umfassende Diagnostik auf diesem gebiet einschließlich einer biographischen Anamnese wichtig ist. Dabei ist die Berücksichtigung früher Trennungssituationen oder Verlust eines Elternteils, die Erfassung von Schmerzen in Kindheit und Jugend sowie die genaue Untersuchung der Lebensumstände, in der erstmals Symptome einer Fibromyalgie auftraten, aufschlußreich. Der Erhebung der biographischen Anamnese kommt bei der Differenzierung psychogener von organischen Schmerzsyndromen eine vermutlich größere Bedeutung zu als psychodiagnostischen Testverfahren. (Ecker-Egle & Egle, 1993)

Somatoforme Schmerzstörung

Mitunter kann ein fließender Übergang der Diagnose „Multilokuläre Schmerzen“ zur Somatoformen Schmerzstörung gesehen werden, und zwar dann, wenn sich überhaupt kein somatisches Korrelat findet und die Kriterien für die Fibromyalgie nicht erfüllt sind.

Definition

Im Vordergrund der somatoformen Schmerzstörung steht eine schon wenigstens sechs Monate lang anhaltende Schmerzsymptomatik, welche durch einen physiologischen Prozeß oder eine körperliche Erkrankung nicht hinreichend erklärt werden kann. Neben dem Ausschluß einer zugrunde liegenden körperlichen Ursache muß gleichzeitig im nahen zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der Schmerzsymptomatik eine psychosoziale Belastungssituation oder eine innere Konfliktsituation nachweisbar sein. Ein psychophysiologischer Mechanismus mit nozizeptiver Reizung, beispielsweise eine funktionelle

funktionelle muskuläre Verspannung oder die Druckpunkte der Fibromyalgie, darf nach dieser Definition dem Schmerzgeschehen nicht zugrunde liegen. (Egle, 2000).

Epidemiologie

Meyer et al. (2000) haben in einer Studie zur Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in Deutschland bei 12,9% somatoforme Störungen gefunden, wobei der Großteil Schmerz-Störungen darstellt.

In der Universitäts-Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie Mainz liegt der Anteil bei nicht tumorbedingten Schmerzpatienten bei 25-30%. (Schwab, 1997) Diese Daten sind durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatik gesichert, allerdings dürfte die Zuweisungspraxis aus der Umgebung diese hohe Zahl beeinflussen.

Schwab (1997)	25-30% in einer universitären Schmerzambulanz
Meyer et al. (2000)	Lebenszeitprävalenz: 12,9% in Deutschland, das wären umgerechnet etwa 10,3 Mio. Menschen in Deutschland, die (mind.) einmal in ihrem Leben von somatoformen Schmerzen betroffen wären.

Tabelle 6: Epidemiologie der somatoformen Schmerzstörung in Deutschland.

Anamnese und klinischer Befund

Somatoforme Schmerzpatienten beschreiben ihre Schmerzen gehäuft mit affektiven Begriffen (zum Beispiel scheußlich, grauenhaft, beängstigend) und einem hohen Wert auf einer visuellen Analogskala (VAS: 0 bis 100) zwischen 80 und 100; auffällig ist oft die dazu diskrepante geringe affektive Beteiligung bei der Schmerzschilderung. (Egle, 2000)

Der Beginn der Schmerzsymptomatik liegt meist vor dem 35. Lebensjahr, nicht selten in Kindheit und Jugend. Frauen sind 2-3 mal häufiger betroffen. Besonders häufig betroffen sind die Extremitäten, aber auch Gesichtsbereich und Unterleib. Auffällig ist eine Häufung

im Bereich der Unterarme und Knie bei jungen Frauen. In der Vorgeschichte dieser Patienten finden sich nicht selten eine Reihe anderer funktioneller Beschwerden, vor allem Kloß und Engegefühle, Mundbrennen sowie eine insgesamt erhöhte vegetative Reaktionsbereitschaft. (Egle, 2000).

Indikatoren für eine somatoforme Schmerzstörung sind (Egle, 2000):

1. Ausschluß nozizeptiver oder neuropathischer Schmerzverursachung,
2. Beginn der Symptomatik vor dem 35. Lebensjahr,
3. Schilderung von Schmerzmerkmalen weniger typisch (oft recht vage) als bei organischer Schmerzursache,
4. Angabe überwiegend hoher Schmerzintensität ohne freie Intervalle,
5. Charakterisierung der Schmerzen mit affektiven Adjektiven (scheußlich, fürchterlich, schrecklich),
6. Wechselnde Angaben nach Lokalisation und Modalität,
7. Nichteinhaltung anatomischer Grenzen der sensiblen Versorgung (zum Beispiel beim Gesichtsschmerz die Mittellinie zur Gegenseite oder die Unterkiefergrenze zum Hals), nach oft lokalem Beginn erfolgt starke Ausweitung.

Der Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist nur im Rahmen einer engen interdisziplinären Kooperation möglich. (Egle, 2000; Nickel & Egle, 1999)

Wichtigstes diagnostisches Verfahren zum Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist die biographische Anamnese. Biographische Belastungsfaktoren haben eine Sensitivität und eine Spezifität von 80-90 % hinsichtlich der Abgrenzung zu einem primär organisch determinierten chronischen Schmerzsyndrom. (Egle & Nickel, 1998).

Differenzialdiagnose

Weitere psychische Störungen mit Schmerz als vorherrschendem Symptom sind neben den somatoformen autonomen Funktionsstörungen die Somatisierungsstörung, die post-

posttraumatische Belastungsstörung, depressive und Angststörungen, Hypochondrie und hypochondrischer Wahn. Abzugrenzen sind Patienten mit nachweisbaren muskulären Spannungszuständen, auch wenn diese durch psychosoziale Stresssituationen bedingt sind („funktionelle“ Schmerzzustände, ICD-10 F54). Des Weiteren müssen Patienten mit primär nozizeptiv oder neuropathisch determinierten Schmerzzuständen unterschieden werden, deren Strategien der Krankheitsbewältigung inadäquat sind (zum Beispiel Katastrophisieren, fatalistisches Resignieren) oder die zusätzlich unter einer psychischen Erkrankung leiden (psychische Komorbidität). Bei einer Prävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen in Deutschland von 20-25 % (Schepank, 1987) ist eine solche Störung mit statistischer Wahrscheinlichkeit bei jedem 4. bis 5. Schmerzpatienten mit einer primär nozizeptiv oder neuropathisch determinierten Schmerzerkrankung zu erwarten. (Egle, 1999).

Psychosoziale Faktoren bei der Somatoformen Schmerzstörung

Somatoforme Schmerzen laufen auf einer zentralnervösen Ebene ab, werden vom Patienten jedoch peripher lokalisiert, ein organisches Substrat ist nicht vorhanden. Große Bedeutung scheint dabei der frühen intrapsychischen Verknüpfung von körperlichen Schmerzerfahrungen und affektiven Zuständen in Kindheit und Jugend zuzukommen. Eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend prädisponieren wie bei vielen anderen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen für die spätere Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Besonders bedeutsam erscheint dabei die Kombination einer früh gestörten Mutter/Eltern-Kind-Beziehung (das heißt dem primären Bindungsbedürfnis des Säuglings/Kleinkindes wird von der Hauptbezugsperson – sei es in Form eines emotionalen Desinteresses, sei es im Sinne einer überzogenen Einengung seiner Neugier – nicht adäquat begegnet) sowie ausgeprägter körperlicher oder schwerer sexueller Mißhandlung (Adler & Hemmeler, 1992; Egle & Nickel, 1998)

Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung sind wie viele andere Patienten mit chronischen Schmerzen meist von einer körperlichen Ursache ihrer Schmerzen überzeugt und verlangen nicht selten von sich aus diagnostisch wie therapeutisch invasive Interventionen. Bringen sie nicht die erhoffte körperliche Erklärung für die Schmerzen

Schmerzen beziehungsweise deren Linderung, so zweifeln die Patienten an der Qualität des betreffenden Arztes und suchen einen anderen auf („doctor hopping“). Dies sind Zeichen einer somatischen Überbewertung, die leider zu einer Unterbewertung psychischer Faktoren, insbesondere der psychischen Komorbidität, führen können. Bei somatoformen Schmerzpatienten werden im Vergleich zu solchen mit nozizeptiv beziehungsweise neuropathisch determinierten Schmerzzuständen invasive Eingriffe deutlich häufiger durchgeführt; einen Analgetikaabusus entwickeln ca. 30 % der Patienten (Egle, 1999), eine Zahl, die wesentlich über den Prävalenzdaten der Normalbevölkerung liegt (Meyer et al., 2000).

Psychotherapeutische Behandlung der Fibromyalgie

Aus psychodynamischer Sicht sind vor allem die aus der Kindheit resultierenden Bindungs- und Beziehungsstörungen bei der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen zu berücksichtigen. Im Mittelpunkt der Behandlung steht die fehlende Differenzierung von Schmerz und Affekt. Der Prozeß der Somatisierung und Mangel an Symbolisierungsfähigkeit ist Ausdruck einer gestörten (disconnected) Kommunikation, der eine fehlende Kohärenz im Selbsterleben zugrunde liegt (Hobson, 1990).

Durch eine Operationalisierung in Form eines Manuals ist heute eine erfolgreiche ambulante psychotherapeutische Behandlung durch 40 Gruppensitzungen über einen Zeitraum von sechs Monaten möglich. (Nickel & Egle, 1999).

Entspannungsverfahren im Rahmen eines multimodalen stationären Therapieprogramms oder die vorgeschaltete Durchführung von Schmerzbewältigungsprogrammen können im Rahmen einer rehabilitativen Zielsetzung eine sinnvolle Ergänzung sein. (Egle, 1999).

Daß auch die Kassenart der Patienten die psychotherapeutische Versorgung mitbeeinflussen kann, zeigt folgende Untersuchung: Zepf et al. untersuchten die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage im Saarland zwischen April und Juni 2000. Nur 30% der Patienten, die eine probatorische Sitzung bei einem Psychotherapeuten in Anspruch

Psychotherapeuten in Anspruch nahmen, waren in einer Primärkasse versichert. In Behandlung genommen wurden 23% erwachsene Primärkassen-Versicherte. Dabei hielt sich deren Anteil (an der Bevölkerung) mit 49% die Waage mit Ersatzkassen- oder anders Versicherten (51%). (Zepf, 2000)

Phantomschmerz

Geschichte

Der Begriff des Phantomschmerzes wurde erstmals 1872 von Mitchell geprägt, der neunzig Soldaten untersuchte, die sich während des amerikanischen Bürgerkriegs einer Amputation hatten unterziehen müssen.

Bereits einige Zeit davor war jedoch bekannt, daß nach dem Verlust einer Gliedmaße häufig noch Sensationen in diesem nicht mehr vorhandenen Körperteil wahrgenommen wurden und in einem Teil der Fälle auch sehr schmerzhaften Charakter hatten. Phantomschmerzen können sich subjektiv abspielen in Körperteilen, die nicht mehr existieren, zum Beispiel nach der Extraktion von Zähnen, Amputationen von Extremitäten, Brust- oder Rektumamputationen. Phantomschmerzen sind auch möglich in noch vorhandenen Körperteilen, die jedoch völlig denerviert sind (Fichtner, 1993).

Ätiologie, Pathogenese

Die Erforschung des Phänomens Phantomschmerz versuchte in erster Linie herauszufinden, an welcher Stelle der Reizleitung oder Reizverarbeitung die Phantomempfindung entsteht oder wahrgenommen wird.

Insbesondere kamen hierfür in Frage:

1. Der periphere Nerv von der Nervenwurzel bis zum Erfolgsorgan,
2. Verarbeitungsphänomene auf spinaler Ebene,
3. „Speicherung“ der Gliedmaße im Gehirn, die nicht ohne weiteres löscher ist. (Engramm) (Fichtner, 1993).

Als anderer Einflußfaktor wurde eine sympathische Überaktivität postuliert, die zu einer Sensibilisierung peripherer Nozizeptoren führen soll. Auch die psychische Situation des Patienten und die Art der zur Amputation führenden Verletzung bzw. Erkrankung wurde in

einigen Studien als Einflußfaktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Phantomschmerzes vermutet (Parkes, 1973). Das erst seit einigen Jahren beschriebene Phänomen der kortikalen Reorganisation (Flor et al., 1995) kann mit Phantomschmerzen verbunden sein, wobei Aussagen zur Kausalität vorsichtig zu treffen sind (Wiech et al., 2001; Huse et al. 2001)

Epidemiologie

Direkt nach Amputationen berichten rund zwei Drittel aller Patienten ein Phantomgefühl, meist mit einem Stumpfschmerz kombiniert, was sich jedoch meist verliert. Genauere Zahlen zur Prävalenz liegen nicht vor, außer zu einigen Organen: In 15% treten Phantomschmerzen nach Mastektomien auf, in 20% nach Rektumamputationen, in etwa 0,1% nach Zahnextraktionen. Zenz gibt die Häufigkeit des Phantomschmerzes 1995 mit 15-60% aller Patienten mit Amputationen an. (Zenz, 1995)

In einer niederländischen Untersuchung mittels Fragebogen (Rücklaufquote 80%) wurde für Phantomschmerzen eine Prävalenz von 51% angegeben, für Stumpfschmerz eine Prävalenz von 49%. Nur 4 der 124 Befragten erhielten wegen Phantomschmerzen eine Behandlung. (Kooijman et al., 2000) Die Zahlen schwanken auch deswegen, weil die Definition der Schmerzstärke zwischen Autoren differiert. (Nikolajsen et al., 1997)

Zenz (1995)	Prävalenz: 15-60% aller Patienten mit Amputationen
Kooijman et al. (2000)	Prävalenz: 51% aller Patienten mit Amputationen

Tabelle 7: Epidemiologie des Phantomschmerzes.

Prophylaxe und Behandlung

Die hohe Inzidenz von Phantomschmerzen sowie deren schlechte therapeutische Beeinflußbarkeit könnte u. a. durch periphere und insbesondere zentralnervöse Sensibi-

Sensibilisierungsvorgänge erklärt werden. (Dertwinkel et al., 1999) Deswegen wird vermehrt auf die Bedeutung des Narkoseverfahrens, mit dem die Amputaion durchgeführt wird, hingewiesen. In der Anästhesiologie ist es üblich, Amputationen in Regionalanästhesie oder Vollnarkose mit regionalen Blockadeverfahren durchzuführen. (Dertwinkel et al., 1999) Kontrollierte, randomisierte, doppelblinde Studien fehlen weitestgehend. In der bisher einzigen Studie mit diesem hohen Niveau fanden Nikolajsen et al. (1997) allerdings keine prophylaktische Wirkung einer perioperativen epiduralen Blockade mittels Bupivacain und Morphin auf Phantomschmerzen oder Stumpfschmerzen. Aus dieser Untersuchung kann jedoch auf den hohen Stellenwert einer ausreichenden Therapie prä- und postoperativer Schmerzen geschlossen werden. Diese sind möglicherweise ein wichtiger Prädiktor von Phantomschmerzen. (Nikolajsen et al., 1997)

Eine kausale Schmerzausschaltung durch z. B. Exstirpation eines Neuroms oder Narbenrevision kann Erfolg bringen. Außerdem kann eine Abklärung darüber erfolgen, ob möglicherweise psychosoziale Ursachen für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Schmerzen vorliegen. Ist eine definierte Ursache für die Schmerzen nicht zu eruieren, sollte mit einer symptomatischen Therapie begonnen werden. Medikamentöse Therapie kann in Form von Antiepileptika bei einschießenden Schmerzen oder Psychopharmaka zur Modulation der Schmerzverarbeitung dazu beitragen, die Schmerzsymptomatik zu unterbrechen. (Fichtner, 1993)

Als Begleittherapie nennt Zenz TENS, Hypnose und Schmerzbewältigungstraining. Zur Prognose gibt er folgende Zahlen: Bei 60% der Patienten spontane Rückbildung von Schwere und Häufigkeit der Phantomschmerzen, bei 40% Aggravation der Symptomatik. Bei frühem Therapiebeginn wird ein 80-90%-er Therapieerfolg, bei spätem Beginn Erfolg in nur 0-30% beschrieben. (Zenz, 1995) Auch diese Zahlen beruhen nicht auf kontrollierten Langzeitstudien.

Morbus Sudeck

Definition

Unter sympathischer Reflexdystrophie (SRD) werden einige Krankheitsbilder subsumiert, so z.B. der Morbus Sudeck, die Kausalgie, die Algodystrophie, das Schulter-Hand-Syndrom und das posttraumatische Ödem.

Blumberg (1991) beschreibt folgende Symptom-Trias der SRD:

Autonome Störung: Schwellung der distalen Extremität, veränderte Hautdurchblutung, marmorisierte bis zyanotische Hautfarbe, gestörte Schweißdrüsentätigkeit (Sudomotorik).

Motorische Störung: Einschränkung der aktiven Beweglichkeit der betroffenen Extremität distal (z.B. verminderter Faustschluß); die grobe Kraft und oft auch alle anderen motorischen Funktionen der betroffenen Extremität sind vermindert (Parese) bis aufgehoben (Plegie). Bei etwa der Hälfte der Patienten findet sich ein Tremor.

Sensible Störung: vor allem Spontanschmerz, meist diffus tief in der entsprechenden Extremität empfunden; bei Hochlagerung der betroffenen Extremität Reduktion, bei Hängenlassen Verstärkung der Schmerzen; daneben bestehen häufig Hyp- und Hyperästhesie und -algesie.

Trophische Störungen sind kein notwendiges Kriterium für die Diagnose einer SRD, weisen vielmehr auf einen fortgeschrittenen Verlauf hin. Beim Erwachsenen geht meist ein körperliches Trauma voraus, fast immer ein Bagatelltrauma (Fraktur, Distorsion), seltener auch eine Ischämie, Entzündung oder ein Kompressionssyndrom in der betroffenen Extremität (noch seltener übertragene Schmerzzustände nach Herzinfarkt oder Duodenalulzera).

Epidemiologie

Morbus Sudeck (SRD) hat nach Dertwinkel et al. allein in Deutschland eine Inzidenz von jährlich 15.000 neuen Fällen. (Dertwinkel et al., 1999)

Psychosoziale Faktoren bei M. Sudeck

Rauis teilt 1999 mit, daß eine Beobachtung von 104 Patienten mit RSD über 12 Jahre unter anderem ergeben habe:

1. Alle Patienten waren über 30 Jahre alt.
2. Es fand sich keine Beziehung zwischen der Schwere des Traumas und der Schwere der RSD.
3. RSD trat fast immer zur Zeit der Primärheilung der Verletzung auf.
4. Die psychiatrische Untersuchung der Patienten zeigte bei 96% Zeichen einer Depression oder depressiven Verstimmung.
5. 49% der Patienten hatten erhöhte Gamma-GT-Werte, was nach Meinung der Autoren auf Alkoholabusus hinweisen könnte.
6. Die beruflichen Umstände enthüllten entweder Inaktivität (z.B. Arbeitslosigkeit) oder eine Gelegenheit inaktiv zu werden (z.B. Arbeitsverletzungen bei Arbeitern, niedrig gestellten Angestellten oder Selbständige, die von Konkurs bedroht waren). Es gab z. B. keine Rechtsanwältinnen, Ärzte oder Hausfrauen mit jungen Kindern in dieser Studie.

In der zweiten Phase der Studie entschlossen sich die Autoren die Pharmakotherapie mit trizyklischen Antidepressiva zu ergänzen, was zu einer signifikanten Verbesserung der Beschwerden führte.

Die Autoren zogen aus o.g. Punkten den Schluß, daß es sich bei RSD um eine psychosomatische Erkrankung handele (Rauis, 1999). Sie stehen damit in bemerkenswerten Gegensatz zu anderen Autoren, die ätiologisch und therapeutisch bei einem Teil von Patienten mit RSD / CRPS eine Rolle des sympathischen Nervensystems oder andere Einflußfaktoren nachweisen konnten. (Birklein et al., 2000; Riedl et al., 2001)

Wenn belastende Lebensereignisse vorausgingen, die die individuellen Bewältigungsstrategien überforderten und die als anhaltendem Streß erlebt wurden, sollten ergänzende psychotherapeutische Maßnahmen zusätzlich angewandt werden. Zur Prognose

Zur Prognose schreibt Zenz 1995, daß bei 30% der Patienten Spontanremission eintritt und bei Diagnosestellung und konsequenter Therapie innerhalb der ersten 8 Wochen meist restitutio eintritt. (Zenz, 1995)

Andererseits finden sich schon in den 20er und 30er Jahren Hinweise, in denen Patienten mit Morbus Sudeck als neurotisch, mit einer Neigung zu leichten Irritationen und Unausgeglichenheit beschrieben werden. In der ersten empirischen Untersuchung mit psychometrischen Verfahren an 12 Patienten wird dies bestätigt. In einer prospektiven Studie an 47 Patienten, die wegen einer Dupuytren Kontraktur operiert worden waren, gelang es Zachariae 1964 alle 11 Patienten vorherzusagen, welche postoperativ eine SRD entwickelten. 4 weitere, bei denen postoperativ eine SRD prognostiziert wurde, entwickelten keine, ebenso wie die verbleibenden 32 Patienten, bei denen auch keine vorhergesagt worden war. Die Vorhersage beruhte auf einem psychiatrischen Interview, mit dessen Hilfe Patienten mit aggressiver Gehemmtheit, Selbstunsicherheit, Selbstbezogenheit, Selbstmitleid sowie Perfektionismus als SRD-gefährdet angesehen wurden. (Egle, 1993)

Insgesamt zeichnet sich eine ängstlich-depressive Grundpersönlichkeit ab. Eine ähnliche Konstellation beschreiben Egle et al. 1993 bei der Analyse der biographischen Anamnese von SRD-Patienten. Dabei zeigte sich auch, daß SRD-Patienten oft entweder ein (physisch oder psychisch) krankes Elternteil, eine lange Trennungszeit in den ersten Lebensjahren vom Elternhaus hatten. Oder sie wuchsen in einem Familienbetrieb bzw. neben einem chronisch kranken Geschwister auf, was Aufmerksamkeit und Interesse der Eltern absorbierte; die Hälfte der untersuchten Patienten wurden in der Kindheit körperlich mißhandelt.

Dennoch sollten diese Befunde nicht darüber hinwegsehen lassen, daß das CRPS ein erhebliches somatisches Korrelat aufweist. Eine präzise neurologische und psychische Diagnostik weisen den therapeutischen Weg, der aus differenziert angewendeten Blockadeverfahren, Physio- und Ergotherapie, sowie Schmerzbewältigungs- und Entspannungsverfahren bestehen kann.

Therapie

Aufgrund der pathophysiologischen Unklarheiten der Erkrankung gibt es keine gesicherte Standardtherapie, die durch kontrollierte Langzeitstudien belegbar ist. Sympathikolyse durch Infiltration des Ganglion stellatum oder des Plexus brachialis wird für das Frühstadium des M. Sudeck empfohlen (Bonica, 1990)

Auch die intravenöse Guanethidin-Injektion wird durchgeführt, der Erfolg aber bezweifelt (Baron et al., 2001)

Zunehmend wird die Psychotherapie integriert (Baron et al., 2001; Egle & Hoffmann, 1993). Insgesamt scheint es mit komplexen Therapiekonzepten einschließlich einer sinnvollen medikamentösen und Physiotherapie einschließlich einer Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung psychischer Komorbiditäten möglich, die schmerzbedingte Schonhaltung des Patienten zu überwinden und ihn zu einer aktiven Mitarbeit bei der Behandlung zu bringen (Pollack et al., 1980; Baron, 2001).

Therapie

Nachfolgend sollen einige schmerztherapeutische Verfahren näher dargestellt werden, auch solche, die eher im niedergelassenen Bereich eine Rolle spielen, denn die beschriebene „Vorbehandlung“ fand überwiegend im niedergelassenen Bereich statt.

Stimulationsverfahren und naturheilkundliche Methoden

Akupunktur

Die Behandlung mit Akupunktur geht auf jahrhundertealte Erfahrungen der traditionellen chinesischen Medizin zurück. In der naturwissenschaftlichen westlichen Medizin gibt es kein angemessenes Erklärungsmodell, das die Wirkung dieser Reiz- und Regulationstherapie wissenschaftlich belegt.

Kontrollierte Studien belegen die weit verbreitete Annahme, daß Langzeiterfolge selten sind. (Ernst, 1998; van Tulder et al., 1999; White & Ernst, 1999)

Komplikationsmöglichkeiten der Akupunktur sind: Infektionsgefahr, Blutung bei Gerinnungsstörungen, Pneumothorax. Kontraindikationen sind möglicherweise Schwangerschaft, begleitende Steroidtherapie und Zustand nach Radiatio im zu stimulierenden Areal. (Hefermann, 1992)

Bei der klassischen Akupunktur werden die verschiedenen Schmerzsyndrome entsprechend ihrer Schmerzausbreitung dem Verlauf der so genannten Meridiane (Leitbahnen) zugeordnet und nach bestimmten Regeln behandelt. Meridiane sind Leitbahnen, die den Körper durchziehen und sich im Bereich der Extremitäten an der segmentalen Innervation orientieren. Obwohl neurophysiologisch bisher kein Korrelat gefunden wurde, können Schmerzpatienten den Meridianverlauf aufgrund der Schmerzausstrahlung angeben. Nach den Kriterien der chinesischen Medizin - Beachtung der Krankheitssymptome, der Konstitution und Kondition der Patienten sowie der krankheitsauslösenden Faktoren - werden individuelle Akupunkturkonzepte erarbeitet. Eine regelmäßige Behandlung schließt sich an; bei chronischen Schmerzpatienten ist davon auszugehen, daß eine jah-

Schmerzpatienten ist davon auszugehen, daß eine jahrelang bestehende Beschwerdesymptomatik erst dann gebessert werden kann, wenn kurmäßig in bestimmten Intervallen längere Zeit behandelt wird.

Die Ohrakupunktur und die ‚Neue Schädelakupunktur nach Yamamoto‘ unterscheiden sich prinzipiell von der klassischen Akupunktur, Grundlage dieser Akupunkturformen ist die Behandlung über ein so genanntes Somatotop, das heißt, die Präsentation des Körpers auf einen Teil der Körperoberfläche. In der Medizin bekannte Somatope sind im Bereich des zentralen Nervensystems der Gyrus prae- und postcentralis der Hirnrinde. Während hier ein neuroanatomisches Korrelat zugrunde liegt, handelt es sich bei der Ohr- und Schädelakupunktur um eine „reflektorische“ Abbildung des Körpers.

Da auch in China Akupunktur selten allein zur Anwendung kommt, sollte sie auch im Rahmen der westlichen Medizin mit bewährten therapeutischen Verfahren der Schmerztherapie, der Physiotherapie, der Chirotherapie, der Krankengymnastik und Körperschulung und der Psychotherapie im Sinne eines multidisziplinären Ansatzes kombiniert werden. (von der Laage, 1999)

Nebenwirkungen können entstehen durch die Verwendung unsteriler Nadeln, weshalb im Westen heute meistens Einmalnadeln verwendet werden. Andere Nebenwirkungen sind Verletzung von Organen oder Blutungen bei Patienten mit Gerinnungsstörungen. Kreislaufprobleme und Synkopen können durch eine Akupunktur im Liegen vermieden werden. Ungünstige Voraussetzungen bringen Patienten mit, die Medikamentenmißbrauch betreiben, bzw. keine gute Compliance bezüglich der Einnahme von Analgetika zeigen. (Egle, 1999)

Stux schreibt 1993, daß die Akupunktur eine analgetische Wirkung und eine geringe Inzidenz an Nebenwirkungen habe, weshalb die Forderung berechtigt sei, Akupunktur beim ersten Auftreten von Erkrankungen anzuwenden und nicht erst als letztes Mittel der Therapie, wenn alle anderen Methoden versagt haben. Akupunktur erziele nicht nur kurzfristige Beschwerdelinderung, sondern oft dauerhafte Beschwerdefreiheit, hierfür sei jedoch eine individuelle Auswahl der Akupunkturpunkte nach traditionellen Regeln und eine klassische Stichtechnik mit manueller Stimulation der Nadeln erforderlich. Auch die An-

Anzahl der Sitzungen erscheint für lang anhaltende Beschwerdefreiheit von erheblicher Bedeutung zu sein. (Stux, 1993)

Mit einer Methode der Placebonadelung lassen sich spezifische Akupunkturreffekte im Rahmen der Schmerzbehandlung nachweisen (Kleinhenz et al., 1999). Nach White (2001) könnte eine neu entwickelte „Plazebo-Nadel“ helfen kontrollierte Untersuchungen zur Akupunkturwirkung durchzuführen. Dieses verfahren kann allerdings nur bei Patienten angewendet werden, die noch nie „richtige“ Akupunktur hatten, da sie sofort merken würden, wenn sie nicht „richtig“ gestochen würden. (White, 2001).

Aufgrund methodischer Mängel in vielen Studien ist eine allgemeine oder gar abschließende Beurteilung derzeit nicht möglich. Akupunktur scheint jedoch bei folgenden Schmerzsyndromen wirksam zu sein:

1. Schmerzen des Bewegungssystems mit Beteiligung muskulärer und gelenknaher Strukturen
2. Migräne und Kopfschmerzen vom Spannungstyp
3. Atypischer Gesichtsschmerz
4. Postoperativer Zahnschmerz. (Lundeberg & Melchart, 1999)

Beck schreibt 1990, daß bei Somatoformen Erkrankungen ein stufenweises Vorgehen über das betroffene Schmerzgebiet, die Yuan-Shu-Therapie zur Beeinflussung innerer Faktoren, Einschaltung der „Wundermeridiane“ sowie Öffnung des Patienten für psychische Faktoren den Einsatz von kognitiven Psychotherapien zur Änderung der Verhaltens- und Erlebnisfixierung erforderlich seien. Die Möglichkeiten und Grenzen der Akupunkturbehandlung bei somatoformen Erkrankungen ergeben sich somit zwangsläufig aus dem Informations- und Erfahrungsniveau des Behandlers. Vergleichbare empirische Studien zu diesem Erkrankungsbereich fehlen weitgehend und sind wohl erst dann möglich, wenn schulmedizinische psychosomatische Konzepte und akupunkturtherapeutische Behandlungskonzepte integrativ eingesetzt werden können. (Beck, 1990)

Neuraltherapie und Homöopathie

In einer orientierenden Beobachtungsstudie mit 25 Patienten mit LWS-Beschwerden wurde die Wirksamkeit von Neuraltherapie mit Formicain untersucht. Insgesamt profitierten 84% der Patienten gut oder sehr gut von der Therapie, bei 8% trat eine leichte Verbesserung ein und bei 4% blieb der Befund unverändert. Die Behandlung wurde von allen Patienten gut vertragen, entsprechend hoch sei die Compliance gewesen. (Sadow & Naumann, 1990)

1. Huneke nennt drei verschiedene Angriffspunkte der Neuraltherapie:
2. Die Segment- oder lokale Therapie
3. Die Behandlung von Nervenknotten (Ganglien)
4. Die Behandlung über ein Störfeld (Huneke, 1991)

Die Neuraltherapie nach Huneke ist weithin gebräuchlich, insbesondere im niedergelassenen Bereich. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit bei Patienten mit chronischen Schmerzen fehlen. Ähnliches gilt für die Homöopathie.

Linde et al. (1997) zeigten in einer Meta-Analyse Plazebo-kontrollierter Studien, daß klinische Effekte der Homöopathie nicht ausschließlich durch Plazebo-Effekte zu erklären seien. Weitere systematische Forschung wird empfohlen.

Auch Kleijnen et al. zeigten in einer Meta-Analyse, daß es Hinweise auf eine Wirksamkeit homöopathischer Behandlung gibt und empfehlen weitere Studien. (Kleijnen et al., 1991)

Kontrollierte, randomisierte Studien sind notwendig, um einen Wirknachweis zu erbringen.

Naturheilverfahren

Alternative Verfahren sind nicht gleichzusetzen mit Naturheilverfahren. Klassische Naturheilverfahren sind:

Hydrotherapie, Thermotheapie, Bewegungstherapie, Massagetherapie, Ernährungstherapie, Ordnungstherapie, Balneotherapie, Klimatherapie, Atemtherapie, Chirotherapie, Phytotherapie. Naturheilverfahren greifen Prozesse der natürlichen Heilung auf, regen sie an und imitieren sie. Aktivierende Physiotherapie ist zur Rehabilitation auch von Patienten mit schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen sehr wichtig. Nicht alleinige Schmerzlinderung ist das erklärte Ziel einer Schmerztherapie, sondern auch die funktionelle Verbesserung. Durch den Einsatz natürlicher Stoffe wird der menschliche Organismus angeregt, seine individuellen körpereigenen Heilungs- und Regulationsmöglichkeiten zu mobilisieren. (von der Laage, 1999)

In einer doppelblinden Studie von Woelk erwies sich der Johanniskraut-Extrakt ZE 117 (Remotiv) als gleichwertig in der antidepressiven Wirkung mit 150 mg Imipramin. Die ambulanten Patienten aus insgesamt 40 deutschen psychiatrischen Praxen waren sechs Wochen lang behandelt worden. Beurteilt wurde das Ergebnis mit der Hamilton-Skala zur Bewertung des Gemütszustandes der Patienten. Bei den 157 Patienten, die den Hypericum-Extrakt erhalten hatten, wurde der Hamilton-Wert von 22,4 bei Therapiebeginn auf 12 nach 6 Wochen gesenkt. Bei den 167 Patienten, die mit Imipramin behandelt worden waren, sank der Wert von anfangs 22,1 auf 12,75 Punkte. Damit bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Wesentlich besser schnitten die Patienten in der Johanniskraut-Gruppe aber in einer Hamilton-Subskala ab, mit der die Somatisierung von Angst gemessen wurde. 3,8 war der Wert in der Hypericum- und 4,26 in der Imipramin-Gruppe. Auch die Verträglichkeit von Johanniskraut war besser als die des Imipramin. 3% brachen die Therapie unter Hypericum ab, 16% unter Imipramin. (Woelk, 2000)

Für die Wirksamkeit einzelner Phytotherapeutika gegen Schmerzen finden sich Hinweise aus kontrollierten klinischen Studien. Ätherisches Minz- oder Pfefferminzöl kann als 10%ige ethanolische Lösung des ätherischen Öls mit einem Mindestgehalt von 45% Menthol äußerlich aufgetragen werden und lindert Beschwerden beim Kopfschmerz vom Spannungstyp. Die Wirkung ist jedoch oft nicht anhaltend. (Göbel et al., 1996)

Eine anhaltende Wirkung von Capsicainhaltigen Präparaten bei Schmerzen im Rahmen der diabetischen Polyneuropathie, bei der Post-Zoster-Neuralgie, bei Osteoarthritis und rheumatischer Arthritis ergibt sich bei täglich mehrfacher Anwendung von Cremes oder Tinkturen mit einem Gehalt von 0,025 – 0,075% an Capsaicinoiden äußerlich in den schmerzenden Arealen über mehrere Wochen. (Rains & Bryson, 1995)

Eine Studie von Mauskop et al. untersuchte Wirkung und Verträglichkeit eines Extraktes aus *Petasites hybridus* im Vergleich zu Plazebo im Doppelblind-Versuch bei Patienten mit Migräne mit und ohne Aura. Im Vergleich zu Plazebo reduzierte *Petasites hybridus* die Frequenz der Migräne-Attacken, die Zahl der Migräne-Tage pro Monat und die Frequenz von Begleitsymptomen signifikant ($p < 0.05$). Im Vergleich zu den Ausgangswerten war unter Verum die Frequenz der Migräne-Attacken nach 4 Wochen 46% niedriger, nach 8 Wochen 60% niedriger und nach 12 Wochen 50% niedriger (Plazebo: 24%, 17% und 10%). Nebenwirkungen wurden weder unter Verum, noch unter Plazebo berichtet. (Mauskop et al., 2000)

Schmid et al (2000) zeigten in einer randomisierten, placebo-kontrollierten Doppelblindstudie, daß ein standardisierter Weidenrindenextrakt eine moderate analgetische Wirksamkeit bei Arthrosepatienten zeigt.

Auch Chrubasik et al. (2000) kamen in einer randomisierten Doppelblindstudie zum Ergebnis, daß Weidenrinde wirksam und sicher bei der Behandlung des unteren Rückenschmerzes sei.

Insgesamt gesehen können pflanzliche Arzneimittel keine gleichwertige Alternative zu hochwirksamen Analgetika sein. Sie können aber mitunter sinnvoll eingesetzt werden. Die Compliance der Patienten ist darunter oftmals besser. Phytopharmaka haben sich insbesondere bei subakuten rheumatischen Schmerzen, chronische Schmerzen bei Weichteilrheumatismus, Verspannungskopfschmerzen, Durchblutungskopfschmerz, psychisch bedingten Kopfschmerzen, Gliederschmerzen während Erkältungskrankheiten, Schmerzen bei Wetterfühligkeit, beim Raynaud-Syndrom und bei Migräne, insbesondere der Migräneprophylaxe bewährt. (Schilcher, 1999)

Die Compliance der Patienten gegenüber Phytopharmaka ist deswegen so hoch, weil angenommen wird, daß die natürlich vorkommenden Grundstoffe weitestgehend neben-

nebenwirkungsfrei sind. Das ist nicht der Fall. Das WHO-Monitoring-Zentrum in Uppsala evaluierte Nebenwirkungen pflanzlicher Arzneimittel, die von 1968 bis 1997 von nationalen Zentren (von 55 Nationen) weitergeleitet wurden. Im Beobachtungszeitraum gingen 8.985 Fallberichte über Nebenwirkungen von Phytopharmaka ein, davon 1.796 berichte aus Deutschland, das damit im internationalen Vergleich an der Spitze lag. Die am häufigsten in Verbindung mit Nebenwirkungen genannten Phytotherapeutika sind: Opium, Nachtkerzenöl, Pfefferminzöl, Psyllium, Senna, Ispaghula, Ginkgo, Mistel, Echinacin, Johanniskraut und Mariendistel. In 21 Fällen waren letale Ausgänge zu beklagen. In Uppsala (Schweden) sind andererseits über 2 Millionen Fälle von Nebenwirkungen synthetischer Präparate gemeldet, das sind 200 mal mehr als bei pflanzlichen Präparaten. (Ernst, 2000)

Chirotherapie

In einer englischen Untersuchung wurden 108 Patienten, die erstmals chiropraktisch untersucht wurden, per Fragebogen nach Nebenwirkungen der Chirotherapie befragt. 74% aller Fragebögen wurden zurückgeschickt. 53% der Patienten, die geantwortet hatten, klagten über Nebenwirkungen, hauptsächlich Schmerzen im Sinne einer Verschlimmerung der initialen Beschwerden. Ernsthafte Nebenwirkungen wurden allerdings nicht vermerkt. (Barrett, 2000)

Es bestehen gewisse Hinweise auf positive Effekte der Wirbelsäulenmanipulation bei chronischen unspezifischen Rückenbeschwerden. (Triano et al., 1995)

Als Kontraindikationen der manuellen Therapie nennt Bischoff (1993):

1. Entzündliche Prozesse (bakteriell oder rheumatisch)
2. Destruierende Prozesse (Neoplasien)
3. Traumen mit Verletzungen anatomischer Strukturen
4. Anatomische Varianten
5. Radikuläre Syndrome mit (progredienter) neurologischer Symptomatik
6. Hypermobilität

7. Osteoporose

8. „Knacksucht“ (Bischoff, 1993)

TENS

Bei den Stimulationsverfahren wird ein unschädlicher lokaler Reiz dazu benutzt, den „schädlichen“ Reiz (oder den „Schmerz“) zu modulieren, möglichst zu verringern. Dazu zählt vornehmlich die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und die Akupunktur. Das Prinzip der TENS ist die Hemmung der zentral gerichteten Schmerzleitung durch elektrische Reizung peripherer A-alpha- und A-beta-Fasern und Aktivierung inhibierender Neurone des Rückenmarks. Das Verfahren ist bei sachgemäßer Anwendung recht nebenwirkungsarm, weswegen ein früher Einsatz empfohlen wird (Thoden, 2001). Bei der Anwendung von TENS spielen auch Placeboeffekte eine nicht unerhebliche Rolle (Bosse, 1998).

Analgetika und Nichtopioide

Antipyretische Analgetika

Antipyretische Analgetika werden hauptsächlich in der ersten Stufe der Schmerztherapie eingesetzt und unterteilt in nichtsteroidale, antiphlogistische Analgetika (Ibuprofen, Diclofenac etc.), Metamizol (Pyrazolonderivat) und Paracetamol (Anilinderivat). Sie stellen die am häufigsten gebrauchten Analgetika dar. (Forth & Henschler, 1996)

Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) können bei bis zur Hälfte der Patienten Symptome wie Dyspepsie und Übelkeit sowie eine Anorexie verursachen. 2-4% der Patienten entwickeln symptomatische Ulzera und Ulkuskomplikationen wie Blutung, Perforation und Obstruktion. Schwere gastrointestinale Nebenwirkungen, die zu einer Hospitalisation oder

Hospitalisation oder sogar zum Tod des Patienten führen, treten in 2% der Fälle auf. (Singh, 1996)

COX-2-Inhibitoren lösen keine gastroduodenale Erosionen oder Ulzera aus (Laine, 1999), andere Nebenwirkungen auf Niere oder Lunge sind möglich.

Opioide

Man unterscheidet Opioide gegen mäßige bis mittelstarke Schmerzen (= Stufe 2-Opioide entsprechend dem WHO-Stufenplan) (Dihydrocodein, Tramadol, Dextropropoxyphen, Tilidin mit Naloxon) von Opioiden gegen starke und stärkste Schmerzen (Morphin und synthetische Derivate) (= Stufe 3-Opioide) (Forth & Henschler, 1996).

Kodein hat den Vorteil nicht Btm-pflichtig zu sein, eine hohe Bioverfügbarkeit (75%) und eine verbesserte analgetische Effektivität bei gleichzeitiger Gabe mit antipyretischen Analgetika. Die Nachteile sind die geringere Analgesie als durch Morphin, dennoch treten die typischen Opiatnebenwirkungen auf. Die Wirkungsdauer ist mit 1-2 Stunden eher kurz (Forth & Henschler, 1996).

Dihydrocodein hat den Vorteil stärker analgetisch wirksam zu sein als Kodein, Tramadol oder Tilidin Naloxon und nicht Btm-pflichtig zu sein. Die Effektivität bleibt aber derjenigen starker Opiate unterlegen, dennoch treten typische Opiatnebenwirkungen auf. (Jage, 1998)

Tramadol ist analgetisch dem Pethidin und dem Pentazocin vergleichbar, aber deutlich schwächer als Morphin und Buprenorphin. Obstipation und Miktionsstörung werden selten hervorgerufen. Allerdings sprechen nicht alle Patienten gut darauf an, es stehen dann die Nebenwirkungen wie Erbrechen, Schwitzen, Übelkeit, Benommenheit, Mundtrockenheit oder Kreislaufprobleme im Vordergrund (Forth & Henschler, 1996).

Dextropropoxyphen kann eine Alternative zu einem NSA oder Dihydrocodein sein und wird nach oraler Gabe gut resorbiert. Es ist geringer analgetisch wirksam als Kodein. Gefährlich ist die gleichzeitige Einnahme von Alkohol, da Atemlähmung oder Herzstillstand eintreten kann (Forth & Henschler, 1996).

Tilidin mit Naloxon hat einen raschen Wirkungseintritt und seltener als durch Morphin/Kodein auftretende Obstipation oder Müdigkeit. Nachteilig ist die ungünstig kurze Wirkungszeit von 2 Stunden und die geringe Potenz (1/10 von Morphin). Nicht jeder Schmerzpatient spricht auf Tilidin mit Naloxon an, die Nebenwirkungen wie Vertigo oder Nausea stehen dann im Vordergrund. (Forth & Henschler, 1996)

Wenn Patienten nicht ausreichend auf eines der oben genannten Opioide ansprechen, können auch hochpotente Opioide zum Einsatz kommen, wie Buprenorphin oder Morphin, das auch in retardierter Zubereitung verfügbar ist. Wird diese Therapie kontrolliert und effektiv durchgeführt, spielen psychische Abhängigkeit und Mißbrauch offenbar keine Rolle (Forth & Henschler, 1996). Bei Vorhandensein einer psychischen Komorbidität sollen starke Opioide nur sehr restriktiv eingesetzt werden (Sorgatz et al., 2001).

Koanalgetika

Zu den Koanalgetika zählen Antidepressiva und Antikonvulsiva.

Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva können eingesetzt werden beim neuropathischen Schmerz, beim Deafferenzierungsschmerz, bei Postzosterischen Schmerzen, Schmerzen bei Schlafstörungen und Depression und können auch zur Analgesieverstärkung von Opiaten und Antipyretika dienen. Kontraindikationen sind zum Beispiel: Glaukom, manifeste Herzinsuffizienz, frischer Herzinfarkt, aber auch Epilepsie, Prostatahyperplasie oder Herz-Kreislaufstörungen. (Jage, 1998)

Antikonvulsiva

Antikonvulsiva können unter anderem bei neuropathischen Schmerzen und Phantomschmerzen eingesetzt werden, nicht jedoch, wenn gleichzeitig AV-Block II. oder III. Grades vorliegt oder schwere Knochenmarkschäden oder Herz-, Leber- oder Nierenfunktionsstörungen (Forth & Henschler, 1996).

Psychotherapeutische Behandlungsverfahren

Die meisten Menschen mit chronischen Schmerzen leiden auch an psychischen Verstimmungen, erhöhter Spannung, Ängstlichkeit, Katastrophieren, externalen Kontrollüberzeugungen, depressiver Ausrichtung, Insuffizienzgefühl oder Fatigue, was wiederum den Schmerz unterhalten kann, da u.a. dadurch die Schmerzschwelle sinkt. Zur Behandlung können psychotherapeutische Verfahren, wie zum Beispiel Entspannungsverfahren oder Schmerzbewältigungsverfahren, indiziert sein.

Anders verhält es sich mit der psychischen Komorbidität chronisch Schmerzkranker, worunter hier u. a. Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Depression, Zwang oder Sucht verstanden werden. Diese brauchen eher tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapieverfahren.

Unter „Psychotherapie“ wird in dieser Arbeit verstanden:

1. Methodenübergreifende Psychotherapie
2. Gesprächspsychotherapie
3. Verhaltenstherapie
4. Psychoanalyse
5. Entspannungsverfahren (Jacobson oder Autogenes Training)

Psychologische Ansätze bei chronischen Schmerzen

Die Konzeption des „schmerzanfälligen Patienten“ („pain-prone patient“) durch Engel (1977) geht „von der Beobachtung aus, daß manche Individuen anfälliger sind, Schmerz als psychischen Regulator zu verwenden als andere, unabhängig davon, ob der Schmerz ursprünglich von einer peripheren Reizquelle ausging (also organisch verursacht war) oder nicht“ (Hoffmann & Egle, 1989)

Auffällig ist, daß sich bei vielen Patienten mit chronischen Schmerzen biographische Faktoren herauschälen lassen, die sich in dieser Häufigkeit bei Patienten ohne chronische Schmerzen nicht finden lassen:

1. Ablehnung und Vernachlässigung durch die Eltern,
2. Streitigkeiten und Probleme der Eltern miteinander,
3. Mißhandlungen durch die Eltern,
4. Trennung oder Scheidung der Eltern,
5. Fehlende körperliche Zuwendung durch die Eltern,
6. Ersatzobjekte (Spielzeug) anstelle der Eltern,
7. Identische Schmerzen in der Familie (Hoffmann & Egle, 1989).

Man kann auch davon sprechen, daß es biographische Risiko- und spiegelbildlich auch biographische Schutzfunktionen gibt, die die psychische Entwicklung eines Menschen hemmen / fördern und interessanterweise auch das Auftreten einiger chronischer Schmerzzustände fördern / hemmen können. (Egle, 1999)

Psychologische Faktoren

Verschiedene psychologische Faktoren spielen eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen: Angst, Depression, Sekundärer Krankheitsgewinn, biographische Faktoren (inklusive kulturelle Faktoren). (Bellissimo & Tunks, 1984).

Weitere Faktoren, wie chronischer Streß und kognitive und emotionale Fehlverarbeitung, werden von Hoffmann & Egle genannt (1989).

Hasenbring (1996) nennt drei Erklärungsmodelle, an denen kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren zur Behandlung chronischer Schmerzen ansetzen:

1. Das psychosoziale Streß-Muskelspannungs-Schmerz-Modell,

2. Das Fear-Avoidance-Modell und
3. Das Avoidance-Endurance-Modell.

Das psychosoziale Streß-Muskelspannungs-Schmerz-Modell nimmt an, daß psychische Belastungen über muskuläre Anspannungen Schmerz auslösen können (Hasenbring 1996).

Nach dem von Lacey formulierten Konzept der individuellen Reaktionsstereotypie unterscheiden sich Patienten darin, mit welchen Reaktionsmustern sie auf psychische Belastungssituationen reagieren. Jeder Patient zeige eine erworbene oder angeborene individuelle Reaktionsstereotypie, die für die Entstehung der spezifischen Schmerzsymptomatik verantwortlich sei. (Hasenbring 1996).

So komme es im Verlaufe starker, wiederholter Schmerzauslösung zu einer Vielzahl neurophysischer Sensibilisierungsprozesse, aufgrund derer dann schon geringe mechanische Beanspruchungen am Bewegungsapparat zu Schmerzen führen. So schließe sich dann ein Circulus-Vitiosus und trage zur Chronifizierung von Schmerzen bei. (Hasenbring 1996).

Es gibt gegenwärtig viele Belege dafür, daß individuell unterschiedlich ausgeprägte und komplexe zu betrachtende bio-psycho-soziale Faktoren zur Entstehung chronischer Schmerzen beitragen. Diese Komponenten müssen in der Diagnostik und nicht erst nach mehreren fehlgeschlagenen Therapieversuchen beleuchtet werden. In vielen klinischen Einrichtungen und im niedergelassenen Bereich kommt gegenwärtig der diagnostischen Abklärung organischer, d. h. nozizeptiver oder neuropathischer Ursachen die größte Aufmerksamkeit zu, während die Abklärung sozialer, insbesondere aber auch psychischer Ursachen oder auch schmerzunterhaltender Faktoren nachgeordnet, oft auch untergeordnet ist oder erst dann stattfindet, wenn nach langem, erfolglos therapiertem Schmerzverlauf nun auch noch dieser Weg beschritten werden soll. Insbesondere zeigt sich oft, daß eine biographische Anamnese nicht erhoben wird. Diese muß weit über das übliche Ausmaß der Anamneseerhebung (Familien-, Sozial-, Eigenanamnese usw.) hinausgehen, um besondere oder belastende Ereignisse erfassen zu können, die bei der Schmerzentstehung oder der Unterhaltung des Schmerzes eine Rolle spielen. Dies kann

Rolle spielen. Dies kann wichtige Hinweise auf eine differenzierte Psychotherapie ergeben, die weit über Entspannungsverfahren hinausgeht.

Wichtigstes diagnostisches Verfahren zur Abgrenzung eines primär organisch determinierten Schmerzsyndroms von überwiegend psychisch determinierten Schmerzen ist die biographische Anamnese. Biographische Belastungsfaktoren haben eine Sensitivität und eine Spezifität von 80-90 % hinsichtlich der Abgrenzung zu einem primär organisch determinierten chronischen Schmerzsyndrom. (Egle & Nickel, 1998).

Entspannungsverfahren

In der interdisziplinären Behandlung chronisch Schmerzkranker haben Verfahren wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, das Autogene Training oder imaginative Verfahren einen hohen Stellenwert. (Egle, 1999)

Die Progressive Muskelentspannung (=PME) ist als „natürliches Entspannungsverfahren“ weltweit anerkannt und in ihrer therapeutischen Effizienz vielfältig belegt. Die Methode wurde nach etlichen vorbereitenden Arbeiten in den 1920er Jahren vom amerikanischen Arzt und Physiologen Edmund Jacobson entwickelt. (Kohl, 2000)

Auf neuronaler Ebene entsteht durch die hypothalamisch gesteuerte Umschaltung eine Dämpfung des Sympathikus. Kognitiv entsteht durch die eingeengte Konzentration eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit sowie die Beachtung vorher nicht wahrgenommener Körpervorgänge, was eine günstigere Krankheitsbewältigung bewirken kann. Affektiv werden Gefühle von Ruhe, Gelöstheit, Wärme und Wohlbefinden induziert. (Egle, 1999)

Die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson und das Autogene Training sind standardisierte und systematisch erlernbare Entspannungsverfahren. Sie werden bei Schmerzpatienten häufig angewendet.

Biofeedback

Biofeedback ist ein Verfahren, bei dem physiologische Prozesse der Wahrnehmung zugänglich gemacht werden. Damit wird ein Erlernen der Kontrolle über die physiologische Funktion möglich. (Frommberger & Wichmann-Dorn, 1993)

Hypnose

Sowohl beim akuten wie auch beim chronischen Schmerz ist die Wirkung der Hypnose gut belegt, allerdings sind die zugrunde liegenden Wirkmechanismen jedoch nach wie vor nicht ausreichend geklärt. (Egle, 1999) Die Anwendung erfordert viel Erfahrung.

Schmerzbewältigungsverfahren und Verhaltenstherapie

Sie sind besonders bei überwiegend somatisch bedingten chronischen Schmerzen mit psychischen Defiziten in der Schmerzverarbeitung indiziert. Hierbei soll die seelische Bewältigung des Schmerzes, die Veränderung des Schmerzverhaltens und die Aktivierung des Patienten erreicht werden (Basler, 2001). Das Gruppentraining wird besonders bei Patienten mit Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, und rheumatischen Erkrankungen eingesetzt mit dem Ziel den Aufbau von Selbstkompetenz im Umgang mit Schmerzen und seinen Folgen, also eine verbesserte Kontrolle des Schmerzes, zu erreichen. (Egle, 1999)

In die gleiche Richtung geht die Verhaltenstherapie. Aus der Diagnostik werden üblicherweise verhaltenstherapeutische Interventionen auf drei Ebenen abgeleitet:

1. Operante Verfahren streben eine Veränderung des sichtbaren Schmerzverhaltens an,
2. Kognitive und kognitiv-emotionale Verfahren modifizieren sowohl Schmerzwahrnehmung, -bewertung und -empfindung als auch daraus resultierende beobachtbare Reaktionen,

3. Psycho-physiologische Verfahren beeinflussen die physiologischen Schmerzabläufe. (Egle, 1999)

Psychoanalytisch fundierte Psychotherapie

Je größer der Anteil psychischer Faktoren und je geringer der Anteil somatisch eruierbarer Faktoren bei chronischen Schmerzen wird, desto weniger sind Verhaltenstherapie oder Schmerzbewältigungsverfahren erfolgreich und desto mehr sollte auf psychoanalytische Verfahren zurückgegriffen werden. So ist zum Beispiel bei somatoformen Schmerzstörungen das Ziel eine anhaltende Schmerzfreiheit durch Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte (Egle, 1999), es ist leider nur bei wenigen Patienten erreichbar.

Problemstellung

Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit sollen an einem strukturierten Kollektiv von Patienten mit der Einweisungsdiagnose Rückenschmerzen, Multilokulären Schmerzen, Phantomschmerzen oder Morbus Sudeck an der Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie Mainz folgende Fragen geklärt werden:

1. Wie hoch ist der Anteil von Patienten mit Rückenschmerzen, Multilokulären Schmerzen, Sympathischer Reflexdystrophie (Morbus Sudeck) und Phantomschmerzen im analysierten Patientengut?
2. Welche Einstufungskriterien zur Schmerzsituation bei ambulanter Aufnahme sind anwendbar?
3. Welche Therapiearten hatten die Patienten vor Aufnahme in die Schmerzambulanz erhalten?
4. Wie hoch war der Anteil von Patienten mit vorhergehenden schmerzbedingten Krankenhausaufenthalten, Reha-Maßnahmen, Operationen oder Berentung, Rentenbegehren, Arbeitsunfähigkeit oder Anspruchsbegehren auf Versicherungsleistungen?
5. Welche sozialen Besonderheiten bestanden bei der untersuchten Population bezüglich Bildungsweg, Konfession, Familienstatus, Krankenversicherung, Entfernung des Wohnortes der Patienten von der Schmerzambulanz?
6. Welche biographischen Besonderheiten ließen sich finden?
7. Welche Therapievorschlage wurden von der Schmerzambulanz oder den konsiliarisch hinzugezogenen Disziplinen gemacht? Das Hauptaugenmerk war darauf gerichtet, welchen Anteil somatisch orientierte Therapiearten und Psychotherapie verschiedener Richtungen aufwiesen.

Unter „Psychotherapie“ wird in dieser Arbeit subsumiert:

1. Methodenübergreifende Psychotherapie
2. Gesprächspsychotherapie
3. Verhaltenstherapie
4. Psychoanalyse
5. Entspannungsverfahren (Jacobson oder Autogenes Training)

Methoden

Patienten

In der vorliegenden Arbeit wurden retrospektiv 269 Patientenakten aus den Archivjahrgängen 1995 und 1996 der Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie in Mainz ausgewertet.

Die Patienten kamen durch Überweisung von niedergelassenen Ärzten und anderen Kliniken, sowie durch interne Überweisung von Polikliniken und Kliniken der Universitätsklinik Mainz zur Schmerzambulanz.

Von allen vorgefundenen Patientenakten der beiden genannten Archivjahrgänge erfüllten 269 die Einschlusskriterien, die folgendermaßen definiert wurden:

Eingangsd Diagnose (oder Zuweisungsdiagnose):

- 1. Rückenschmerz oder**
- 2. Multilokulärer Schmerz oder**
- 3. Phantomschmerz oder**
- 4. Sympathische Reflexdystrophie (Morbus Sudeck).**

Ablauf der Auswertungen

Die Auswertung der Akten gliederte sich in mehrere Abschnitte:

1. Die Aktenauswertung erfaßte Anamnese, Fremdbefunde und Befunde der Schmerzambulanz, Diagnose(n), Krankenblatteinträge, Medikation, durchgeführte oder vorgeschlagene Therapie, Konsilberichte, Fragebögen, Schmerztagebücher, in der Akte festgehaltene Mitteilungen der Patienten (zum Beispiel deren Zuschriften oder Briefe

oder Briefe oder sonstigen Mitteilungen an die Ambulanz) und alles sonstige in der Akte vorgefundene Material.

2. Codieren der Diagnosen nach ICD-10; Codieren nach IASP, sofern nicht schon die entsprechenden Codes in der Akte vorgefunden wurden.
3. Eintrag aller Daten in eine Tabelle im Excel-Format mit ca. 35.000 Feldern. Unbekannte Daten („Missing value“, „Missing data“) wurden als „leeres Feld“ eingetragen. Auswertung durch das Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation (IMSD) der Universität Mainz mittels der Software „SAS“ und „SPSS“.

Instrumente

Folgende ausgewertete Fragebögen, Untersuchungsbögen sowie Klassifikationen sollen gesondert erläutert werden.

Fragebögen

Strukturierte biographische Anamnese für Schmerzpatienten (SBAS)

Dieser Fragebogen erhebt Daten zu den Bereichen Beschwerdeentwicklung, Symptomabklärung, Altanamnese, Familienanamnese, jetziger Familiensituation, beruflicher Situation. (Anhang)

Sozio-Demographischer Fragebogen (SVOR)

Dieser Fragebogen umfaßt u.a. detaillierte Fragen zur Krankenversicherung, Familienstatus, Anschrift, Konfession. (Anhang)

Untersuchungsbogen

Der Untersuchungsbogen A2915V+R erhebt u.a. schematisiert Befunde zu Blutdruck, Puls, Reflexe, Druckdolenzen an Kopf, Rücken etc. (Anhang)

IASP Klassifikation chronischer Schmerzen

Um dem Bedürfnis nach einer Klassifikation von Schmerzen nachzukommen, entwickelte die International Association for the Study of Pain (IASP) ein Klassifikationsmanual, das 1986 veröffentlicht wurde (nach Merskey, 1986) und das auch in der Schmerzambulanz verwendet wird.

Das IASP-Klassifikationsschema besteht aus fünf Achsen, die zur Beschreibung chronischer Schmerzpatienten dienen und folgenden Inhalt haben:

Achse 1: Schmerzregion

- Kopf, Gesicht, und Mund: Code 000
- Hals und Nacken: Code 100
- Schulter und obere Extremitäten: Code 200
- Thorakaler Bereich: Code 300
- Abdomen: Code 400
- Kreuz, LWS, Kreuzbein, Steißbein: Code 500
- Untere Extremitäten: Code 600
- Beckenbereich: Code 700
- Anal-, Perianal-, Genitalbereich: Code 800
- Mehr als drei Hauptbereiche: Code 900

Achse 2: Schmerzverursachendes System

- Nervensystem und Sinne: Code 00
- Psyche: Code 10
- Respirat. und kardiovaskuläres System: Code 20
- Muskuloskelettales System und Bindegewebe: Code 30
- Haut, Unterhaut und assoziierte Drüsen: Code 40
- Gastrointestinales System: Code 50
- Urogenitalsystem: Code 60
- Andere Organe und Organsysteme: Code 70
- Mehr als ein System: Code 80

- Nicht besetzt: Code 90

Achse 3: Zeitliche Charakteristik des Schmerzes

- Nicht erfaßt, nicht anwendbar oder unbekannt: Code 0
- Einzelepisode begrenzter Dauer: Code 1
- Ununterbrochen oder fast ununterbrochen, ohne Schwankungen: Code 2
- Ununterbrochen oder fast ununterbrochen , wechselnde Schmerzstärke: Code 3
- Unregelmäßige Wiederkehr: Code 4
- Regelmäßige Wiederkehr: Code 5
- Anfallsartig: Code 6
- Anhaltend mit überlagerten Anfällen: Code 7
- Andere Kombinationen: Code 8
- Keine der Kombinationen: Code 9

Achse 4: Intensität und Beschwerdebeginn

- Nicht erfaßt, nicht anwendbar oder unbekannt: Code .0
- Leichte Schmerzen seit 1 Monat oder weniger: Code .1
- Leichte Schmerzen seit 1-6 Monaten: Code .2
- Leichte Schmerzen seit mehr als 6 Monaten: Code .3
- Mäßige Schmerzen seit 1 Monat oder weniger: Code .4
- Mäßige Schmerzen seit 1-6 Monaten: Code .5
- Mäßige Schmerzen seit mehr als 6 Monaten: Code .6
- Starke Schmerzen seit 1 Monat oder weniger: Code .7
- Starke Schmerzen seit 1-6 Monaten: Code .8
- Starke Schmerzen seit mehr als 6 Monaten: Code .9

Achse 5: Ätiologie

- Genetische oder angeborene Störungen: Code .00
- Traumata, Operationen, Verbrennungen: Code .01
- Infektionen, Parasiten: Code .02

- Entzündungen unbekannter Ätiologie, Immunerkrankungen: Code .03
- Neoplastische Ursachen: Code .04
- Vergiftungen, Stoffwechselstörungen, Strahlenschäden: Code .05
- Mechanische Degenerationen: Code .06
- Dysfunktion (einschl. psychosomatischer Dysfunktion): Code .07
- Unbekannt oder andere Ätiologie: Code .08
- Psychische Genese (ohne nachweisbare organ. Ursache): Code .09

Alle Achsen haben einen Zahlencode, somit setzt sich die vollständige Klassifikation aus einer fünfstelligen Codenummer zusammen [siehe Anhang].

Quantifizierung und Graduierung anhand des Mainzer Stadienmodells (Gerbershagen)

Im Jahr 1986 wurde aus der Mainzer Arbeitsgruppe um Gerbershagen am DRK-Schmerzzentrum ein diagnoseunabhängiges Klassifikationsmodell vorgestellt (Gerbershagen, 1986), das das Ausmaß der Chronifizierung anhand anamnestischer Daten in Stadien (I-III) unterteilt. Die dreistufige Stadieneinteilung setzt sich aus vier Achsen zusammen, die die zeitlichen und räumlichen Aspekte des Schmerzgeschehens sowie das Medikamenteneinnahmeverhalten und die Beanspruchung medizinischer Leistungen erfassen, wie in Abbildung 2 dargestellt.

Aus der Summe der vier verschiedenen Achsenstadien, die sich aus zehn unterschiedlichen anamnestischen Beobachtungsmerkmalen zusammensetzen, ergibt sich ein additiver Wert im Bereich von 4 - 12. Aus diesem Summenwert läßt sich wiederum das Gesamtstadium der Chronifizierung bestimmen, wobei Werte von 4-6 dem Gesamtstadium I, Werte von 7 oder 8 dem Gesamtstadium II und Werte von 9-12 dem Gesamtstadium III entsprechen. Dieses Gradingschema ist in Deutschland weit verbreitet (Pfingsten et al., 2000)

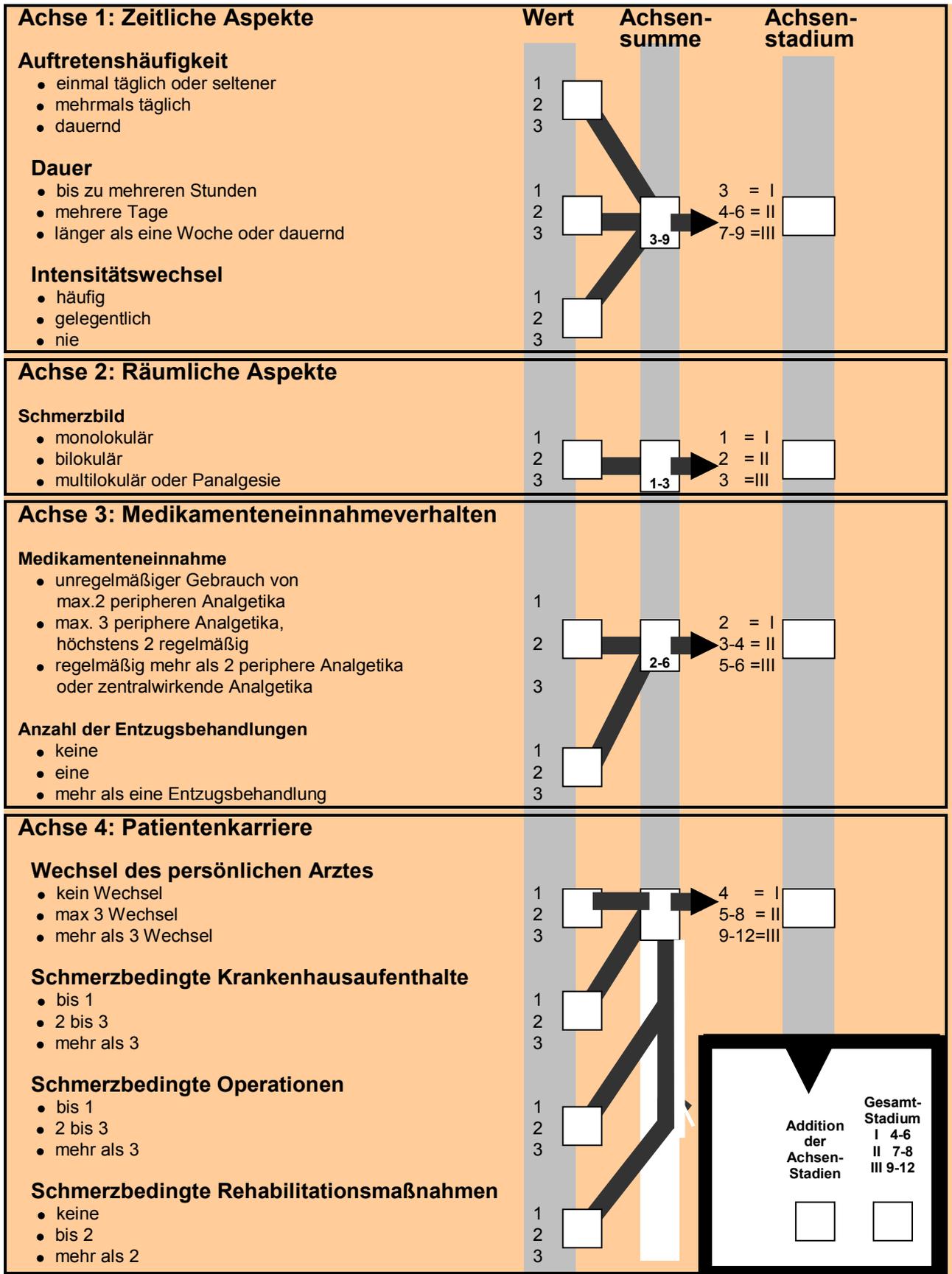


Abbildung 2: Das Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung (MPSS)

Biographische Anamnese

Die Erhebung der biographischen Anamnese hat im Kontext des bio-psycho-sozialen Krankheitskonzeptes chronischer Schmerzen einen hohen Stellenwert (Egle, 1993). Sie beinhaltet die üblichen Kriterien einer Anamneseerhebung, geht aber weit darüber hinaus, um Anhaltspunkte über psychosoziale ätiologische Faktoren zu bekommen. In diesem Sinne werden auch besondere, psychisch/körperlich belastende biographische Ereignisse in Kindheit, Erwachsenenalter, Beruf, Partnerschaft u. a. abgefragt. Auf **diesen** Teil der biographischen Anamnese wurde in der vorliegenden Auswertung gesondert geachtet.

Fanden sich in den Patientenakten Hinweise auf schwerwiegende, belastende Lebensereignisse, die stattgefunden hatten, wie z. B. traumatische Kriegserlebnisse, Mißhandlung, Vergewaltigung, Folter, belastender Partnerkonflikt oder -verlust, andere schwerwiegende familiäre oder berufliche Belastungen, dann wurde die biographische Anamnese in Bezug auf diesen Einzelpunkt als „positiv“ eingestuft, falls nicht, dann als „negativ“. Auf dieser Einstufung beruhen weitere Analysen der Dissertation.

Zur Einstufung „positive biographische Anamnese“ wurden die in den Akten zum Teil vorhandene standardisierten Befragung (SBAS) durchgesehen (siehe Anhang). Alternativ dazu, falls nicht vorhanden, wurden die übrigen Angaben und Eintragungen in der Patientenakte, etwaigen Konsilberichten oder in der Akte vorgefundenen Fremdbefunden zu Hilfe genommen.

Empfehlung zur Psychotherapie

Die Aussage einer Psychotherapieempfehlung wurde dem Arztbrief der Schmerzzambulanz bei Rücküberweisung an den ein- oder überweisenden externen Arzt oder dem Konsilschein beim internen Konsiliarverfahren entnommen. Wurde weder ein Arztbrief, noch ein Konsilschein in der Akte vorgefunden, so wurde – falls vorhanden - die Aussage zur Psychotherapieempfehlung den Aufzeichnungen zum Krankheitsverlauf in der Akte entnommen.

Statistische Auswertung

Es handelt sich um eine retrospektive, deskriptive Analyse. Die statistische Überprüfung konnte zwangsläufig nur deskriptiv sein, sie ist deshalb nur von eingeschränkter Wertigkeit.

Außerdem waren die Akten nicht in jedem Fall vollständig. Darauf wird bei jeder Einzelauswertung gesondert hingewiesen.

Für die statistische Auswertung wurden die Datenverarbeitungsprogramme SAS und SPSS verwendet. Um Unterschiede zwischen den verschiedenen Parametern zu ermitteln, wurden je nach Fragenart einfache Varianzanalysen oder der Fisher-Test berechnet. In einigen Fällen wiesen die Tafeln zu geringe Zellenbesetzungen ($n < 5$) auf, so daß aus diesem Grund Kategorien teilweise zusammengefaßt wurden. Ausdrücklich wird auf fehlende Daten (missing data) in den Akten hingewiesen, deren Ausmaß in einigen Tabellen aufgelistet ist.

Fehlende Daten

Erschwert wurde die Untersuchung, da nur in etwa einem Drittel der Akten der „Biographische Fragenbogen“ vorgefunden wurde und auch sonst viele Parameter nicht erhoben werden konnten. Für eine Auswahl von 34 wichtigen Parametern konnte gezeigt werden, daß diese nur bei etwa jedem vierten Patienten komplett erhoben werden konnten.

Logistische Regressionsanalyse

Eine logistische Regressionsanalyse war wegen vieler fehlender Daten nicht möglich.

Erläuterung von verwendeten Diagrammtypen

Die auch zur Darstellung kommenden Diagrammtypen „Boxplot“ und „Balkengrafik“ sollen kurz erläutert werden.

Erläuterung des Diagrammtyps „Boxplot“

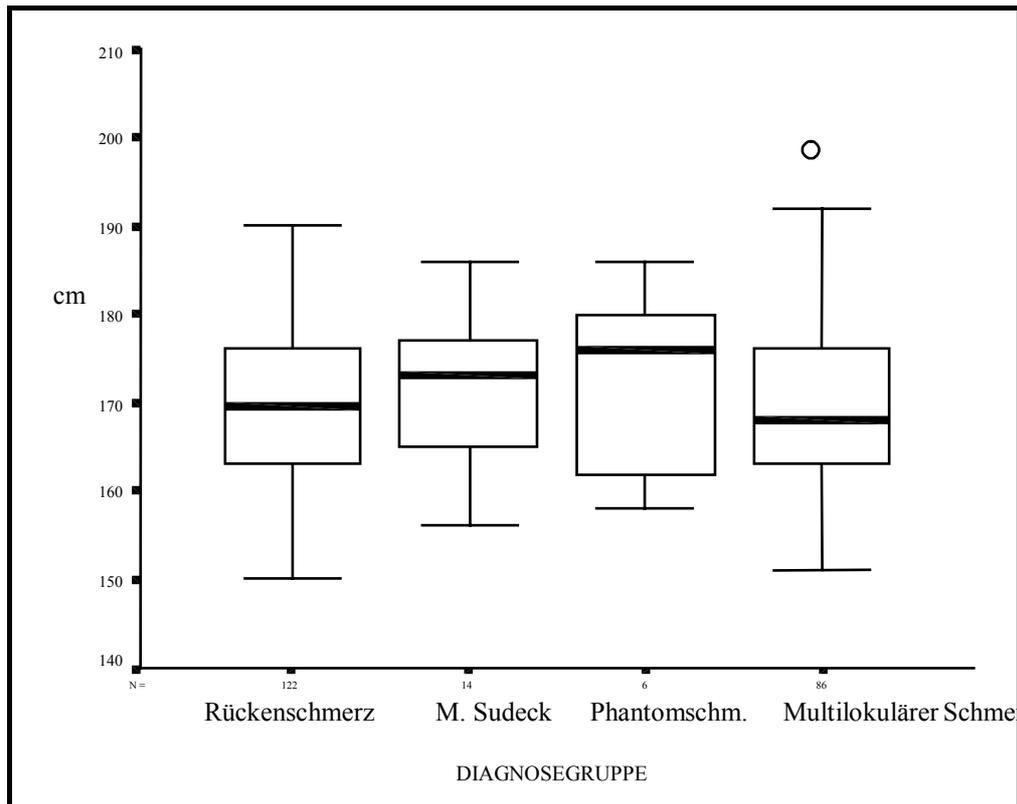


Abbildung 3: Beispiel eines Boxplots

Boxplots (manchmal auch ausführlicher als Box-and-Whisker Plots bezeichnet) dienen der Veranschaulichung der Verteilung von Werten in einer oder mehreren Variablen. Neben dem Median werden die Quartile, der „engere“ Streuungsbereich der Werte und Ausreißer visuell dargestellt. In oben gezeigtem Beispiel-Boxplot umschließt der Kasten über der jeweiligen Diagnose die mittleren 50 % der Verteilung. An die Box angeheftet finden sich oben und unten zwei „Barthaare“ (Whiskers), die den „engeren“ Streuungsbereich der Werte anzeigen. Fälle außerhalb dieses Bereiches werden als Ausreißerwerte durch Kreise, bzw. Sterne markiert. Die Barthaare enden jeweils am letzten Wert, der sich innerhalb des Bereiches 1,5 QA außerhalb der Box (inner fences) befindet. QA bezeichnet dabei den Quartilabstand $Q3-Q1$.

In der oben durch den Boxplot veranschaulichten Beispielveilung liegt der Median für die Diagnosegruppe „Rückenschmerzen“ bei 170 und die Hälfte aller Werte zwischen 164 und 176. Man erkennt ferner, daß sich die Daten nahezu symmetrisch verteilen, im Gegensatz zu den Daten der übrigen Diagnosegruppen, die sich linkssteil oder rechtssteil verteilen.

Erklärung des Diagrammtyps „Balkengrafik“

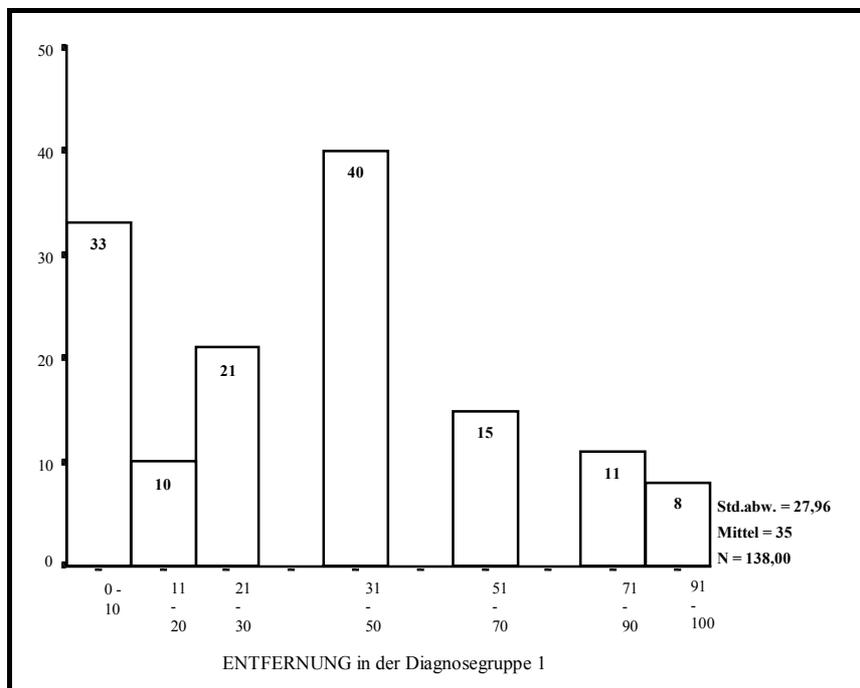


Abbildung 4: Beispiel einer Balkengrafik

Die Abszisse gibt die Entfernung in 10-km-Schritten wieder, die Ordinate die Patientenzahl. Im oberen Bereich der Balken ist die jeweilige Patientenzahl in Nummern angegeben. Rechts neben dem letzten Balken ist die Standardabweichung („Stdabw.“) der Entfernung des in der Grafik erfassten Patientenkollektivs angegeben, die mittlere Entfernung („Mittel“), sowie die Patientengesamtzahl (N).

Ergebnisse

Demographie

Tabelle 8 gibt eine Übersicht über alle im Untersuchungszeitraum von der Schmerzambulanz aufgenommenen Patienten. Hier sind auch jene Patienten aufgeführt, deren Akten aus verschiedenen Gründen nicht auswertbar waren.

Diagnosegruppe	Anzahl proz.
Rückenschmerz	51,5% (139)
Multilokuläre Schmerzen	37,8% (102)
Morbus Sudeck	8,1% (22)
Phantom-Schmerz	2,6% (7)
Summe	100% (270)
Missing Data	0% (0)

Tabelle 8: Anteil der vier Diagnosegruppen am Gesamtkollektiv in Prozent (Anzahl Patienten).

Tabelle 9 gibt eine Übersicht der im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patienten, deren Akten für die medizinische Fragestellungen dieser Dissertation auswertbar waren. Bei 35 (13%) von 270 Patienten waren somit die Akten nicht vollständig für medizinische Zwecke auswertbar, z. B. weil Patienten nach der Erstvorstellung nicht wieder gekommen waren oder weil die Behandlung in wesentlichen Teilen noch nicht abgeschlossen war. Die prozentualen Anteile der vier Diagnosegruppen unterscheiden sich nicht wesentlich von obiger Tabelle.

Diagnosegruppe	Anzahl proz.
Rückenschmerz	49,8% (117)
Multilokuläre Schmerzen	38,7% (91)
Morbus Sudeck	8,5% (20)
Phantom-Schmerz	3% (7)
Summe	100% (235)
Missing Data	0% (0)

Tabelle 9: Anteil der vier Diagnosegruppen am medizinisch auswertbaren Gesamtkollektiv in Prozent (Anzahl Patienten).

Geschlecht

In der Gesamtgruppe waren Frauen tendenziell stärker vertreten als Männer, was auf dem höheren Anteil von Frauen bei den Diagnosegruppen „Rückenschmerz“, „Multilokulärer Schmerz“ und „Morbus Sudeck“ beruht. Bei der Diagnosegruppe „Phantom-schmerz“ waren mehr Männer als Frauen vertreten (siehe auch Abbildung 5).

Diagnosegruppe	Anzahl	weiblich	männlich
Rückenschmerz	49,8% (117)	56,4% (66)	43,6% (51)
Multilokuläre Schmerzen	38,7% (91)	56% (51)	44% (40)
Morbus Sudeck	8,5% (20)	60% (12)	40% (8)
Phantom-Schmerz	3% (7)	28,6% (2)	71,4% (5)
Summe	100% (235)	55,7% (131)	44,3% (104)
Missing data	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 10: Geschlechtsverteilung in den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten). Vergleich der Ergebnisse aller vier Diagnosegruppen der vier Diagnosegruppen, exakter Fisher-Test: $p=0,557$.

Ergebnisse

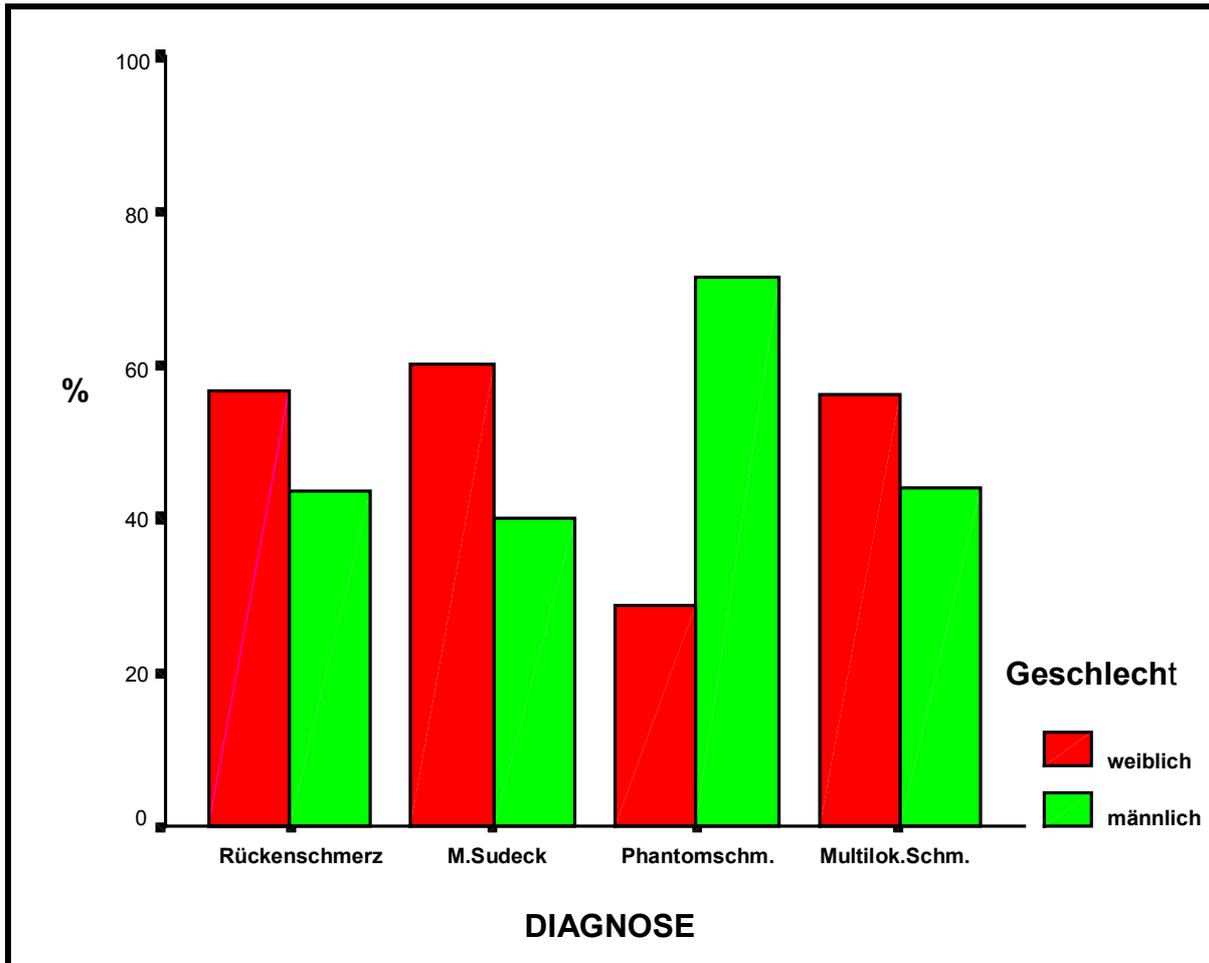


Abbildung 5: Geschlechtsverteilung in den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten). (Vergleich der Ergebnisse aller vier Diagnosegruppen Exakter Fisher-Test: $p=0,557$)

Konfession

Bei der Religionszugehörigkeit fanden sich zwischen den einzelnen Diagnosegruppen unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen. In der Gesamtgruppe überwogen die Protestanten mit 44,3%, die Katholiken waren mit 32,7% unterrepräsentiert. Dagegen waren in der Diagnosegruppe „Morbus Sudeck“ die Katholiken mit 45% häufiger vertreten als die Protestanten mit 30%. Die anderen drei Diagnosegruppen zeigten entgegengesetzte Relationen. Bei 16 Patienten (6,8%) konnte die Konfession der Akte nicht entnommen werden.

	Rücken-Schmerz	Multi-lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom-Schmerz	Gesamt
Katholisch	34,2% (40)	28,6% (26)	45% (9)	28,6% (2)	32,7% (77)
Evangelisch	43,6% (51)	48,4% (44)	30% (6)	42,9% (3)	44,3% (104)
Muslemisch	4,3% (5)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)	3,0% (7)
Andere / Keine	13,6% (16)	12% (11)	15% (3)	14,3% (1)	13,2% (31)
Missing Data	4,3% (5)	8,8% (8)	10% (2)	14,3% (1)	6,8% (16)

Tabelle 11: Religionszugehörigkeit in den vier Diagnosegruppen und im Gesamtkollektiv in Prozent (Anzahl Patienten). Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,716$.

Entfernung des Wohnortes von der Schmerzambulanz

Abbildung 6 zeigt in einer Box-Plot-Darstellung die Verteilung der Patienten bezüglich der Entfernung Ihres Wohnortes (Luftlinie) von der Schmerzambulanz und bezogen auf die vier Diagnosegruppen. Hier wurden alle Patienten des Einschlußkollektivs dargestellt, deren Wohnort angegeben war, auch jene, deren Akten nicht vollständig für medizinische Zwecke auswertbar waren. Bei einem Patienten konnte der Wohnort der Akte nicht entnommen werden.

Der Median der Entfernung lag für Patienten der Diagnosegruppen „Rückenschmerz“, „Multilokulärer Schmerz“ und „Phantomschmerz“ bei 40 Kilometern, dagegen wohnten Patienten der Diagnosegruppe „M. Sudeck“ näher an der Ambulanz (Median: 5 Kilometer).

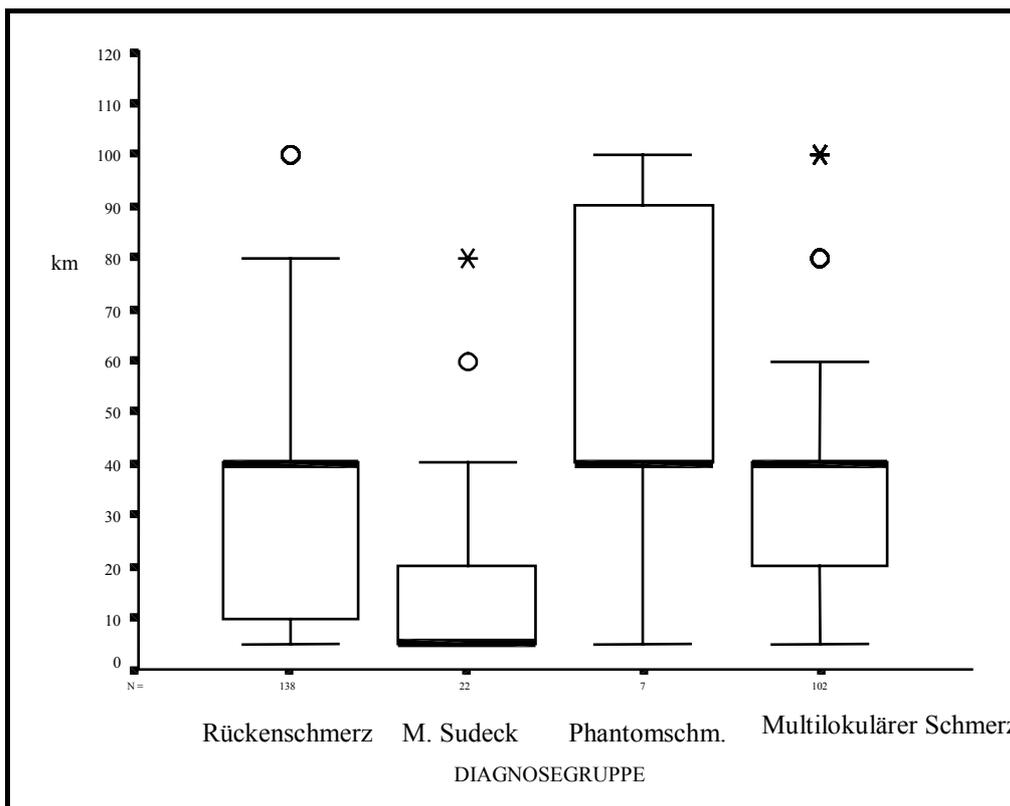


Abbildung 6: Grafische Verteilung der Entfernung (Luftlinie) des Wohnortes der Patienten von der Schmerzambulanz in den vier Diagnosegruppen in Kilometern (Anzahl Patienten) (Box-Plot-Darstellung).

Alter

Abbildung 7 zeigt in einer Boxplot-Darstellung die Altersverteilung der Patienten bezogen auf die vier Diagnosegruppen. Hier werden alle Patienten des Einschlußkollektivs dargestellt, deren Alter feststellbar war, auch jene, deren Akten nicht vollständig für medizinische Zwecke auswertbar waren.

Der Median des Alters lag für alle Patienten bei 50 Jahren.

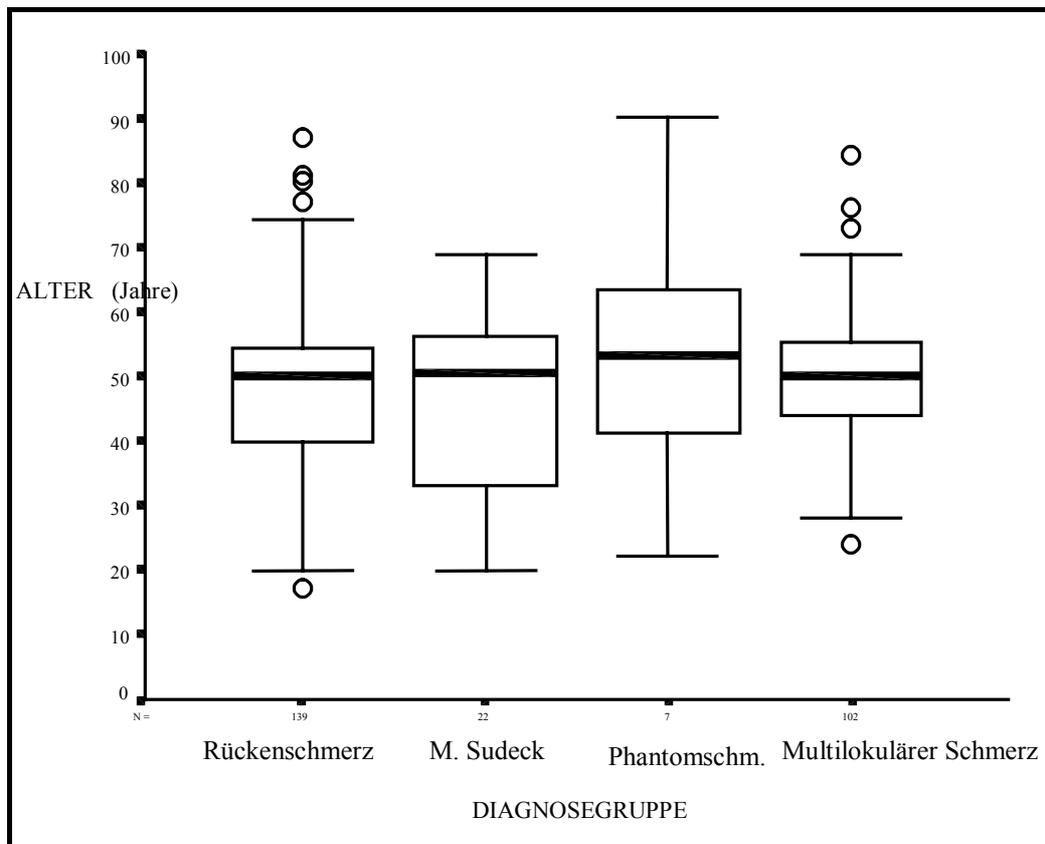


Abbildung 7: Altersverteilung der Patienten in den vier Diagnosegruppen in Jahren (Box-Plot-Darstellung).

Gewicht

Abbildung 8 zeigt in einer Box-Plot-Darstellung die Gewichtsverteilung in Kilogramm der Patienten bezogen auf die vier Diagnosegruppen. Hier werden alle Patienten des Einschlußkollektivs dargestellt, deren Gewicht feststellbar war, auch jene, deren Akten nicht vollständig für medizinische Zwecke auswertbar waren. Bei 41 (15,2%) Patienten konnte das Körpergewicht der Akte nicht entnommen werden.

Der Median des Körpergewichts lag in allen Diagnosegruppen bei 70 bis 82 Kilogramm.

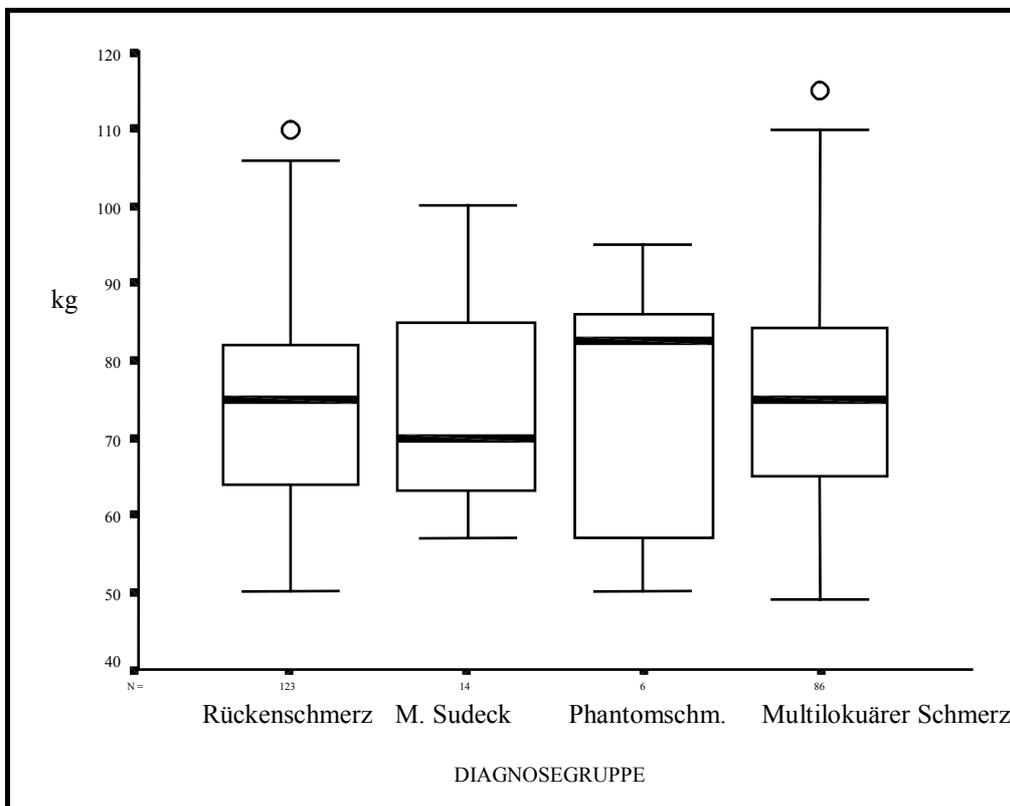


Abbildung 8: Körpergewichts der Patienten der vier Diagnosegruppen in Kilogramm (Box-Plot-Darstellung).

Körpergröße

Abbildung 9 zeigt in einer Box-Plot-Darstellung die Größenverteilung in Zentimetern der Patienten bezogen auf die vier Diagnosegruppen. Hier werden alle Patienten des Einschlußkollektivs dargestellt, deren Größe feststellbar war, auch jene, deren Akten nicht vollständig für medizinische Zwecke auswertbar waren. Bei 42 (15,6%) Patienten konnte die Körpergröße der Akte nicht entnommen werden.

Der Median der Körpergröße war für alle Diagnosegruppen ungefähr gleich und lag bei 168 bis 176 Zentimetern.

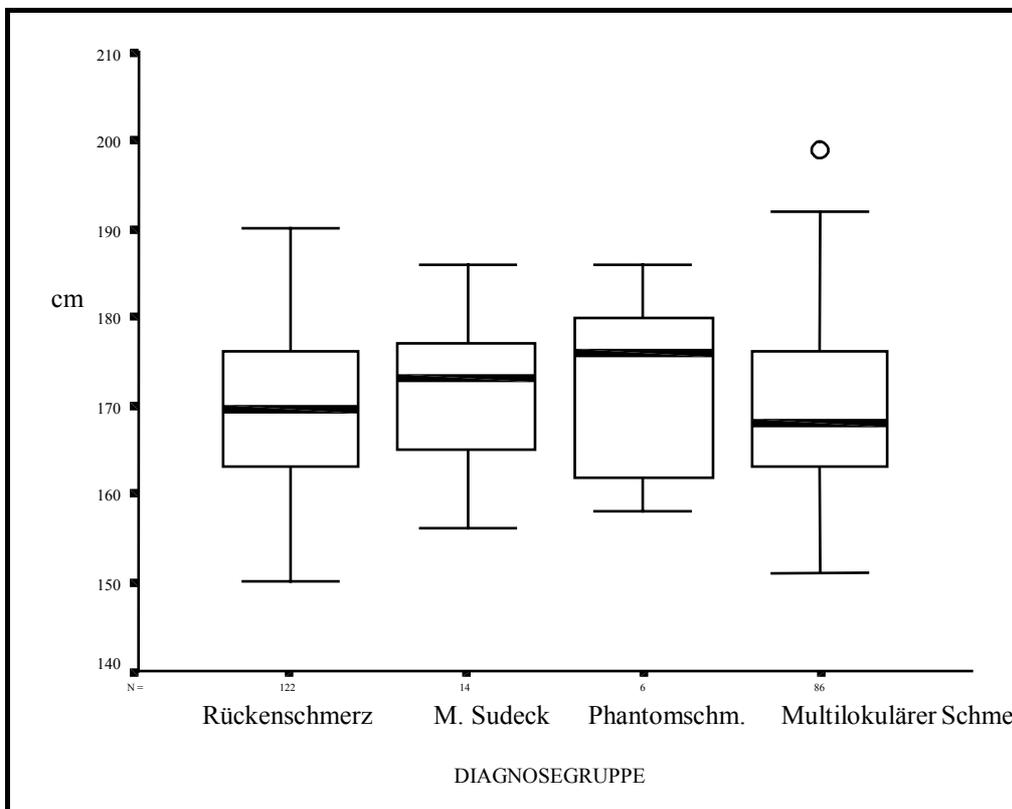


Abbildung 9: Körpergröße der Patienten der vier Diagnosegruppen in Zentimetern (Box-Plot-Darstellung).

Familienstand

64,3% der Patienten waren in erster Ehe verheiratet, 10,6% noch ledig, 7,2% waren geschieden, 8,9% hatten wieder geheiratet und 6,4% waren verwitwet. Bei 2,6% der Patienten konnte der Familienstatus der Akte nicht entnommen werden. Hier werden nur Patienten dargestellt, deren Akten auswertbar waren.

	Rücken- Schmerz	Multi- lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- Schmerz	Gesamt
Ledig	11,1% (13)	6,6% (6)	25% (5)	14,3% (1)	10,6% (25)
Verheiratet	65% (76)	68,1% (62)	50% (10)	42,9% (3)	64,3% (151)
Geschieden	6,8% (8)	5,5% (5)	15% (3)	14,3% (1)	7,2% (17)
Verwitwet	6% (7)	7,7% (7)	0% (0)	14,3% (1)	6,4% (15)
Wieder Verheiratet	7,7% (9)	11% (10)	5% (1)	14,3% (1)	8,9% (21)
Missing Data	3,4% (4)	1,1% (1)	5% (1)	0% (0)	2,6% (6)

Tabelle 12: Familienstand der Patienten in den vier Diagnosegruppen “ in Prozent (Anzahl Patienten).

Kostenträger

Tabelle 13 zeigt die Art des Kostenträgers (Krankenversicherung) der Patienten. Mit 47,2% waren die meisten Patienten in einer Primärkasse versichert, also z. B. in einer AOK, IKK, BKK oder LKK. Mit 40,4% folgten die Mitglieder einer Ersatzkasse, also z. B. der Techniker Krankenkasse, DAK, BEK oder KKH. 12,0% waren über andere Kostenträger versichert, also z. B. in einer privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse oder über die Berufsgenossenschaft. Bei einem Patienten war der Kostenträger der Akte nicht zu entnehmen.

	Rücken- Schmerz	Multi- lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- Schmerz	Gesamt
Primärkasse	44,4% (52)	56% (51)	20% (4)	57,1% (4)	47,2% (111)
Ersatzkasse	44,4% (52)	35,2% (32)	45% (9)	28,6% (2)	40,4% (95)
Anderer Kostenträger	10,3% (12)	8,8% (8)	35% (7)	14,3% (1)	12,0% (28)
Missing Data	0,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,4% (1)

Tabelle 13: Krankenversicherung (Kostenträger) der Patienten der vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten). Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,271$.

Schmerzanamnese

Tabelle 14 zeigt die Dauer der Schmerzanamnese der Patienten in den vier Diagnosegruppen, zusammengefaßt für die beiden Diagnosegruppen „M. Sudeck“ und „Phantomschmerz“, sowie im Gesamtkollektiv. 21,3% des Gesamtkollektivs litten seit bis zu einem Jahr an Schmerzen, allerdings war dieser Anteil bei den „M. Sudeck“ Patienten wesentlich höher: 90%. Auch bei den Patienten mit „Phantomschmerz“ war der Anteil derjenigen, die erst seit einem Jahr an Schmerzen litten mit 42,9% höher als bei Patienten mit Rückenschmerzen oder Multilokulärem Schmerz. 39,1% der Patienten des Gesamtkollektivs hatten Schmerzen seit 1 bis 10 Jahren. Immerhin 38,3% aller Patienten litten seit über 10 Jahren an Schmerzen (39,3% der Patienten mit Rückenschmerzen, 47,3% der Patienten mit Multilokulären Schmerzen), wobei der entsprechende Anteil von Patienten mit „Phantomschmerz“ und mit „M. Sudeck“ geringer war.

	Rücken-Schmerz	Multi-lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom-Schmerz	Summe	Morbus Sudeck +. Phantom-Schmerz
Schmerz-Anamnese bis 1 Jahr	12,8%(15)	15,4% (14)	90%(18)	42,9% (3)	21,3% (50)	77,8% (21)
1-10 Jahre	45,3% (53)	37,4% (34)	10% (2)	42,9% (3)	39,1%(92)	18,5% (5)
bis 10 J.	58,1% (68)	52,7% (48)	100% (20)	85,7% (6)	60,4%(142)	96,3%(26)
über 10 J.	39,3% (46)	47,3% (43)	0% (0)	14,3% (1)	38,3% (90)	3,7% (1)
Missing Data	2,6%(3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1,3% (3)	0% (0)
Summe	100%(117)	100%(91)	100% (20)	100% (7)	100% (235)	100% (27)

Tabelle 14: Anteil der vier Diagnosegruppen an den vier Gruppen „Schmerzanamnese“ in Prozent (Anzahl Patienten). Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,574$.

Diagnosen und Beschwerdebild

Einteilung nach IASP

IASP Achse 1 : Schmerzregion

Stellt man für die Schmerzregionen eine Rangliste nach Häufigkeiten auf, kann man feststellen, daß an erster Stelle in der Gesamtgruppe Schmerzen an „mehr als 3 Lokalisationen“ standen (43%), gefolgt von Schmerzen an „LWS, Kreuzbein, Steißbein“ (31,1%) und Schmerzen an „Schulter, oberer Extremität“ (9,8%). In größeren Abständen folgen die übrigen Regionen, wobei Schmerzen in den Bereichen „Abdomen“ und „Beckenbereich“ hier nicht vorkamen.

IASP Achse1	IASP(1): Bezeichnung	Rücken- Schmerz	Multi- lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom- Schmerz	Summe
0	Kopf, Gesicht, Mund	0,9% (1)	3,3% (3)	0% (0)	0% (0)	1,7% (4)
1	Hals, Nacken	5,1% (6)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	2,6% (6)
2	Schulter, obere Extremität	3,4% (4)	3,3% (3)	70%(14)	28,6%(2)	9,8%(23)
3	Thorakaler Bereich	6,8% (8)	1,1% (1)	0% (0)	0% (0)	3,8% (9)
4	Abdomen	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
5	LWS, Kreuzb., Steißbein	61,5%(72)	1,1% (1)	0% (0)	0% (0)	31,1%(73)
6	Untere Extremität	3,4% (4)	2,2% (2)	25% (5)	71,4%(5)	6,8%(16)
7	Beckenbereich	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
8	Anal-, Perineal- Genitalbereich	1,7% (2)	1,1% (1)	0% (0)	0% (0)	1,3% (3)
9	mehr als 3 Lokalisationen	7,1%(20)	87,9%(80)	5% (1)	0% (0)	43%(101)
Missing data		0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Summe		100% (117)	100%(91)	100%(20)	100% (7)	100%(235)

Tabelle 15: Achse 1 nach IASP (Schmerzregion) bei den vier Diagnosegruppen. in Prozent (Anzahl Patienten).

IASP Achse 2 : Schmerzverursachendes System

Stellt man hier eine Rangliste nach Häufigkeiten auf, ist festzustellen, daß an erster Stelle die Verursachung durch „mehr als ein System“ steht (68,1%), mit weitem Abstand gefolgt von „Muskuloskeletalem System, Bindegewebe“ (22,1%) und „Nervensystem, Psyche“ (8,5%), sowie „Psyche (keine organischen Ursache)“ (1,3%). Die übrigen Bereiche kamen hier nicht vor.

IASP 2	IASP (2): Bezeichnung	Rücken- Schmerz	Multi- lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom- Schmerz	Summe
0	Nervensystem, Psyche	6% (7)	2,2%(2)	35% (7)	57,1% (4)	8,5%(20)
1	Psyche (keine organ. Ursache)	1,7%(2)	1,1%(1)	0% (0)	0% (0)	1,3% (3)
2	Respirat. u. kardiovask. Syst.	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
3	Muskuloskelet. System, Bindegew.	29,1%(34)	16,5%(15)	15% (3)	0% (0)	22,1%(52)
4	Haut, Unterhaut, assoz. Drüsen	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
5	Gastrointestinales System	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
6	Urogenitalsystem	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
7	Andere Organe / -systeme	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
8	Mehr als ein Syst.	63,2%(74)	80,2%(73)	50% (10)	42,9% (3)	68,1%(160)
9	(Nicht belegt)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Missing data		0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Summe		100%(117)	100% (91)	100%(20)	100% (7)	100%(235)

Tabelle 16: Achse 2 nach IASP (Schmerzverursachendes System) bei den vier Diagnosegruppen. in Prozent (Anzahl Patienten).

IASP Achse 3 : Zeitliche Charakteristika des Schmerzes

Der größte Teil der Patienten (85,1%) litt an „ununterbrochen, wechselnden“ Schmerzen (Rückenschmerzen: 84,6%, Multilokuläre Schmerzen: 91,2%, M. Sudeck: 70%, Phantomschmerz: 57,1%), gefolgt von Patienten mit Schmerzen „unregelmäßiger Wiederkehr“ (insgesamt 9,4%). Die übrigen Bereiche spielten nur eine untergeordnete Rolle oder kamen gar nicht vor.

IASP Achse 3	IASP (3): Bezeichnung	Rückenschmerz	Multi-lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom-Schmerz	Summe
0	Nicht erfasst, unbekant	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
1	Einzelepisode, begrenzte Dauer	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
2	Ununterbrochen, fast ohne Schwankungen	2,6% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1,3% (3)
3	Ununterbrochen, wechselnde	84,6% (99)	91,2% (83)	70% (14)	57,1% (4)	85,1% (200)
4	Unregelmäßige Wiederkehr	7,7% (9)	5,5% (5)	25% (5)	42,9 % (3)	9,4% (22)
5	Regelmäßige Wiederkehr	1,7% (2)	2,2% (2)	5% (1)	0% (0)	2,1% (5)
6	Anfallsartig	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
7	Anhaltend mit Anfällen	0,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,4% (1)
8	Andere Kombinationen	1,7% (2)	1,1% (1)	0% (0)	0% (0)	1,3% (3)
9	Keine der Kombinationen	0,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,4% (1)
Missing data		0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Summe		100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)	100% (235)

Tabelle 17: Achse 3 nach IASP (Zeitliche Charakteristika des Schmerzes) bei den vier Diagnosegruppen. in Prozent (Anzahl Patienten).

IASP Achse 4 : Intensität und Beschwerdebeginn

Der mit Abstand größte Teil der Patienten (76,6%) litt seit mehr als 6 Monaten an starken Schmerzen (Rückenschmerzen: 76,9%, Multilokuläre Schmerzen: 90,1%, M. Sudeck: 20%, Phantomschmerz: 57,1%), gefolgt von Patienten mit starken Schmerzen seit 1-6 Monaten (7,7%). Die übrigen Kategorien (Leichte oder mäßige Schmerzen) spielten nur eine untergeordnete Rolle oder kamen gar nicht vor.

IASP Achse 4	IASP (4): Bezeichnung	Rücken-Schmerz	Multi-lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom-Schmerz	Summe
0	Nicht erfaßt oder unbekannt	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
1	Leichte Schmerzen seit 1 Monat oder weniger	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
2	1-6 Monate	0,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,4% (1)
3	mehr als 6 Monate	0,9% (1)	1,1% (1)	0% (0)	0% (0)	0,9% (2)
4	Mäßige Schmerz seit 1 Monat oder weniger	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
5	1-6 Monate	1,7% (2)	2,2% (2)	40% (8)	14,3% (1)	5,5% (13)
6	mehr als 6 Monate	10,3% (12)	4,4% (4)	0% (0)	0% (0)	6,8% (16)
7	Starke Schmerzen seit 1 Monat oder weniger	0,9% (1)	1,1% (1)	5% (1)	28,6% (2)	2,1% (5)
8	1-6 Monate	8,5% (10)	1,1% (1)	35% (7)	0% (0)	7,7% (18)
9	mehr als 6 Monate	76,9% (90)	90,1% (82)	20% (4)	57,1% (4)	76,6% (180)
Missing data		0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Summe		100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)	100% (235)

Tabelle 18: Achse 4 nach IASP (Intensität und Beschwerdebeginn) bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

IASP Achse 5 : Ätiologie

Der mit Abstand größte Teil der Patienten (62,1%) litt an Schmerzen, deren Ätiologie sich einer „Dysfunktion (einschl. psychosomatischer Dysfunktion) zuordnen ließ (Rückenschmerzen: 60,7%, Multilokuläre Schmerzen: 79,1%, M. Sudeck: 15%, Phantomschmerz: 0%), gefolgt von Patienten (insgesamt 14,9%) mit Schmerzen auf Grund von „Trauma, OP, Verbrennung“ (im Einzelnen: Rückenschmerzen: 6%, Multilokulärer Schmerz: 5,5%, M. Sudeck: 80%, Phantomschmerz: 100%) und wegen „mechanischer Degeneration“ (9,4%) Die übrigen Kategorien spielten nur eine untergeordnete Rolle oder kamen gar nicht vor.

IASP Achse 5	IASP (5): Bezeichnung	Rücken-Schmerz	Multi-lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom-Schmerz	Summe
0	Genetische o. angeb. Störung	1,7% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,9%(2)
1	Trauma, OP, Verbrennung	6% (7)	5,5% (5)	80%(16)	100% (7)	14,9%(35)
2	Infektion, Parasiten	0% (0)	0%(0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
3	Entzündung unbek.	1,7%(2)	6,6% (6)	0% (0)	0% (0)	3,4% (8)
4	Neoplasmat. Urs.	5,1% (6)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)	3,4% (8)
5	Vergiftung, Stoffwechselstörg.	0,9% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,4% (1)
6	Mechan. Degen., Dysfunktion	17,1%(20)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)	9,4% (22)
7	Psychosom. Dysf.	60,7%(71)	79,1%(72)	15%(3)	0% (0)	62,1%(146)
8	Unbekannt ,der andere Ätiologie	5,1%(6)	3,3% (3)	5% (1)	0% (0)	4,3%(10)
9	Psychogen	1,7%(2)	1,1% (1)	0% (0)	0% (0)	1,3%(3)
Missing Data		0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Summe		100%(117)	100%(91)	100%(20)	100%(7)	100%(235)

Tabelle 19: Achse 5 nach IASP (Ätiologie) bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Einteilung nach Gerbershagen

Hier handelt es sich um eine retrospektive Einteilung durch den Autor der Dissertation entsprechend den Stadieneinteilungen (Gerbershagen, 1986), in der allerdings einige der schon beschriebenen Charakteristika wieder zu finden sind.

Achse 1: Zeitliche Aspekte

Dauer der Schmerzen

Die meisten Patienten hatten Schmerzen, die länger als eine Woche dauerten, lediglich in der Diagnosegruppe „M. Sudeck“ hatte eine Hälfte der Patienten Schmerzen von länger als einer Woche und die andere Hälfte Schmerzen von bis zu mehreren Stunden.

	Dauer der Schmerzen			
Diagnosegruppe	Bis mehrere Stunden	Mehrere Tage	Länger als eine Woche	Missing Data
Rückenschmerzen	9,4% (11)	11,1% (13)	79,5% (93)	0% (0)
Morbus Sudeck	50,0% (10)	0%	50,0% (10)	0% (0)
Phantomschmerz	28,6% (2)	14,3% (1)	57,1% (4)	0% (0)
Multilokulärer Schmerz	15,4% (14)	11,0% (10)	73,6% (67)	0% (0)

Tabelle 20: Dauer der Schmerzen bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Intensitätswechsel der Schmerzen

Die meisten Patienten gaben häufigen Intensitätswechsel an, dies unterschied sich in den vier Diagnosegruppen nur wenig.

	Achse 1: Zeitliche Aspekte		
	Intensitätswechsel		
Diagnosegruppe	Häufig	Nie	Missing Data
Rückenschmerzen	90,6% (106)	9,4% (11)	0% (0)
Morbus Sudeck	100,0% (20)	0% (0)	0% (0)
Phantomschmerzen	85,7% (6)	14,3% (1)	0% (0)
Multilok. Schmerzen	93,4% (85)	6,6% (6)	0% (0)

Tabelle 21: Intensitätswechsel der Schmerzen bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Achse 2: Räumliche Aspekte

Schmerzbild

In den drei Diagnosegruppen „Rückenschmerzen“, „M. Sudeck“ und „Phantom-schmerzen“ hatten die meisten Patienten monolokuläre Schmerzen (52,1%, 95% und 85,7%), etwa ein Drittel der Rückenschmerzpatienten jedoch bilokuläre und etwa ein Sechstel (17,9%) dieser Diagnosegruppe multilokuläre Schmerzen. Diese Patienten mit multilokulären Schmerzen waren auf Grund der Eingangsdiagnose jedoch der Gruppe der Rückenschmerzpatienten zugeordnet worden. Bei Patienten der Eingangsdiagnosegruppe „Multilokuläre Schmerzen“ ergab sich ein anderes Bild: Während den Untersuchungen und Befragungen durch die Schmerzambulanz gaben nur 2,2% monolokuläre Schmerzen und 3,3% bilokuläre Schmerzen an, während fast alle (94,5%) entsprechend der hier gebrauchten Definition der „Multilokulären Schmerzen“ Schmerzen an 3 oder mehr Orten angaben.

	Achse 2: Räumliche Aspekte			
	Schmerzbild			
Diagnosegruppe	Monolokuär	Bilokulär	Multi- lokulär	Missing Data
Rückenschmerz	52,1% (61)	29,9% (35)	17,9% (21)	0% (0)
Morbus Sudeck	95,0% (19)	0% (0)	5,0% (1)	0% (0)
Phantomschmerz	85,7% (6)	0% (0)	14,3% (1)	0% (0)
Multil. Schmerzen	2,2% (2)	3,3% (3)	94,5% (86)	0% (0)

Tabelle 22: Schmerzbild in den vier Diagnosegruppen “ in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=4,45E-31$.

Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten

Medikamenteneinnahme

Hier wurde festgestellt, welcher Art von Medikamenteneinnahme die Patienten zuzuordnen waren:

1. Unregelmäßiger Gebrauch von maximal 2 peripheren Analgetika
2. Gebrauch von 3 peripheren Analgetika, davon jedoch höchstens 2 regelmäßig
3. Regelmäßiger Gebrauch von mehr als 2 peripheren Analgetika oder Gebrauch von zentralwirksamen Analgetika

In den 3 Diagnosegruppen „Rückenschmerzen“, „M. Sudeck“ und „Multilokulären Schmerzen“ lag der Schwerpunkt auf „Unregelmäßigem Gebrauch von maximal 2 peripheren Analgetika“ (41,9%, 65% und 52,7%). Dies ist insofern interessant, als die Patienten überwiegend dauerhafte, starke Schmerzen hatten (siehe „IASP Achse 4“). Bei den Patienten mit Phantomschmerzen gaben 57,1% „Regelmäßigem Gebrauch von mehr als 2 peripheren Analgetika oder Gebrauch von zentralwirksamen Analgetika“ an (Tabelle 23 und Abbildung 10).

	Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten			
	Medikamenteneinnahme			
Diagnosegruppe	Unregelmäßiger Gebrauch von max. 2 peripheren Analgetika	Max. 3 periphere Analgetika, höchstens 2 regelmäßig	Regelm. mehr als 2 periphere Analgetika oder zentralwirksame	Missing Data
Rückenschmerzen	41,9% (49)	23,1% (27)	35,0% (41)	0% (0)
Morbus Sudeck	65,0% (13)	15,0% (3)	20,0% (4)	0% (0)
Phantomschmerzen	28,6% (2)	14,3% (1)	57,1 (4)	0% (0)
Multilok. Schmerzen	52,7% (48)	28,6% (26)	18,7% (17)	0% (0)

Tabelle 23: Medikamenteneinnahmeverhalten in den vier Diagnosegruppen“ in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,035$.

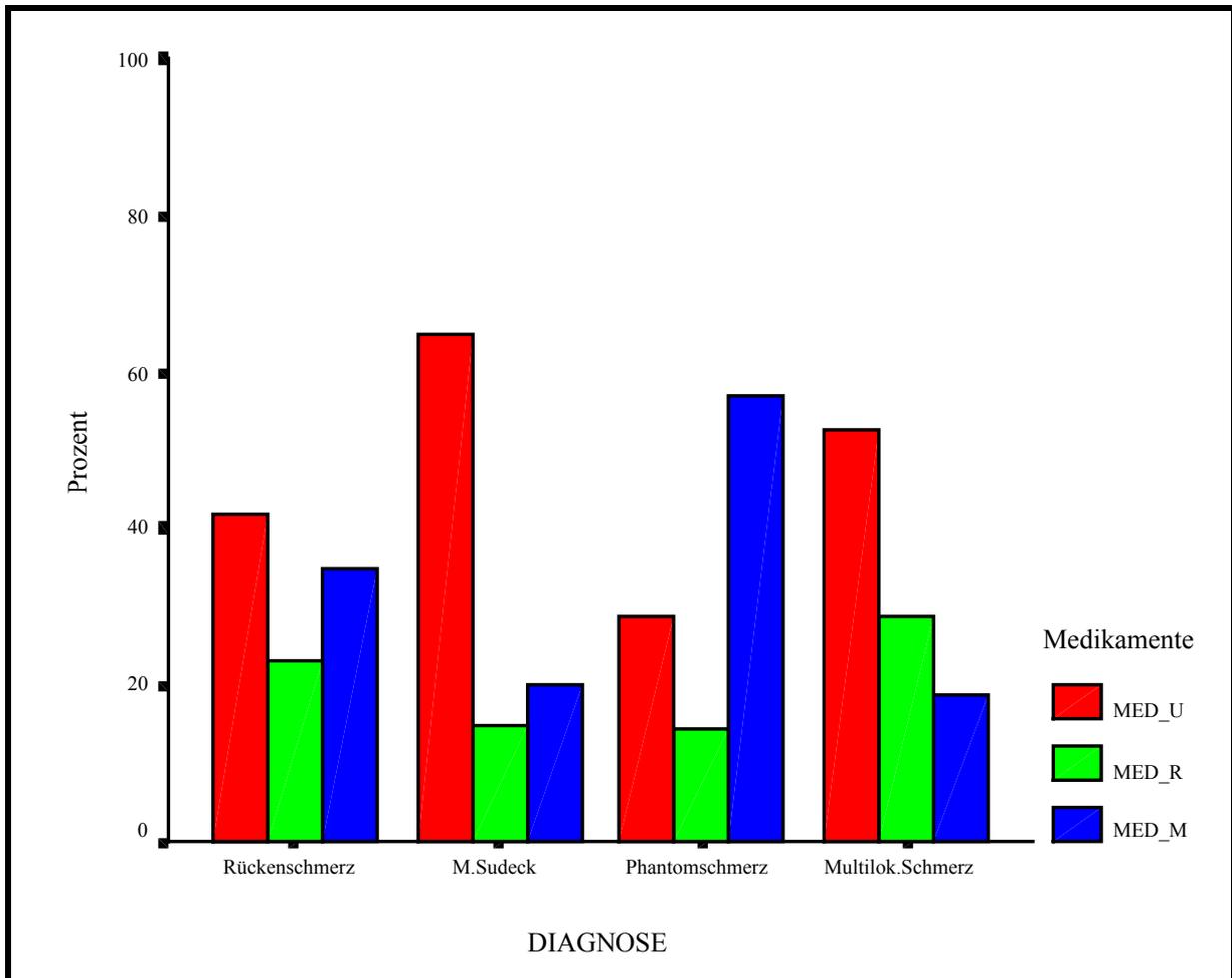


Abbildung 10: Medikamenteneinnahmeverhalten in den vier Diagnosegruppen“ in Prozent.

1. MED_U: Unregelmäßiger Gebrauch von maximal 2 peripheren Analgetika
2. MED_R: Gebrauch von 3 peripheren Analgetika, davon jedoch höchstens 2 regelmäßig
3. MED_M: Regelmäßiger Gebrauch von mehr als 2 peripheren Analgetika oder Gebrauch von zentralwirksamen Analgetika

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,035$.

Insgesamt nimmt trotz chronischer Schmerzen ein hoher Anteil aller Patienten unregelmäßig Analgetika ein, es sind fast die Hälfte aller Patienten.

Medikamentenentzug

Bei den meisten Patienten war der Akte kein Medikamententzug zu entnehmen, insgesamt gaben nur 8 Patienten (3,4%) einen solchen an. Meist ist aber aus der Krankenakte nicht erkennbar gewesen, ob überhaupt danach gefragt wurde.

Diagnosegruppe	Anzahl der Entzugsbehandlungen			Missing Data
	Keine	Eine	Mehr als eine	
Rückenschmerzen	95.7% (112)	4.3% (5)	0% (0)	0% (0)
Morbus Sudeck	100.0% (20)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Phantomschmerzen	100.0% (7)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Multilok. Schmerzen	96.7% (88)	3.3% (3)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 24: Medikamentenentzug bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre“ Schmerzen, exakter Fisher-Test: $p=1,000$.

Achse 4: Patientenkarriere

Arztwechsel

Bei den meisten Patienten war der Akte kein Arztwechsel (Persönlicher Arzt) zu entnehmen. Es war meistens nicht erkennbar, ob überhaupt danach gefragt wurde.

Diagnosegruppe	Wechsel des persönlichen Arztes			Missing Data
	Kein Wechsel	Max. 3 Wechsel	Mehr als 3 Wechsel	
Rückenschmerzen	96,6% (113)	2,6% (3)	0% (0)	0,9% (1)
Morbus Sudeck	95,0% (19)	5,0% (1)	0% (0)	0% (0)
Phantomschmerzen	100,0% (7)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Multilok. Schmerzen	96,7% (88)	3,3% (3)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 25: Wechsel des persönlichen Arztes bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=1,000$.

Stationäre Behandlung

Tabelle 26 beschreibt die Häufigkeit der schmerzbedingten Krankenhaus-Aufenthalte, soweit dies der Akte entnommen werden konnte, wobei nur stationäre Aufenthalte berücksichtigt wurden. Der Schwerpunkt lag bei allen Diagnosegruppen auf einem stationären Aufenthalt. Etwa ein Viertel aller Patienten hatte mehr als drei Krankenhausaufenthalte wegen Schmerzen (Rückenschmerzen: 27,4%, Multilokuläre Schmerzen: 24,2%, M. Sudeck: 25%, Phantomschmerzen: 28,6%). Fast die Hälfte hatte zwei oder mehr schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte (siehe auch Abbildung 11).

	Schmerzbedingte Krankenhaus-Aufenthalte			
Diagnosegruppe	Bis 1	2 bis 3	3 oder mehr	Missing Data
Rückenschmerzen	43,6% (51)	29,1% (34)	27,4% (32)	0% (0)
Morbus Sudeck	60,0% (12)	15,0% (3)	25,0% (5)	0% (0)
Phantomschmerzen	42,9% (3)	28,6% (2)	28,6% (2)	0% (0)
Multilok. Schmerzen	42,9% (39)	33,0% (30)	24,2% (22)	0% (0)

Tabelle 26: Anteil der vier Diagnosegruppen an den drei Gruppen „Schmerzbedingte Krankenhaus-Aufenthalte“ in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,806$.

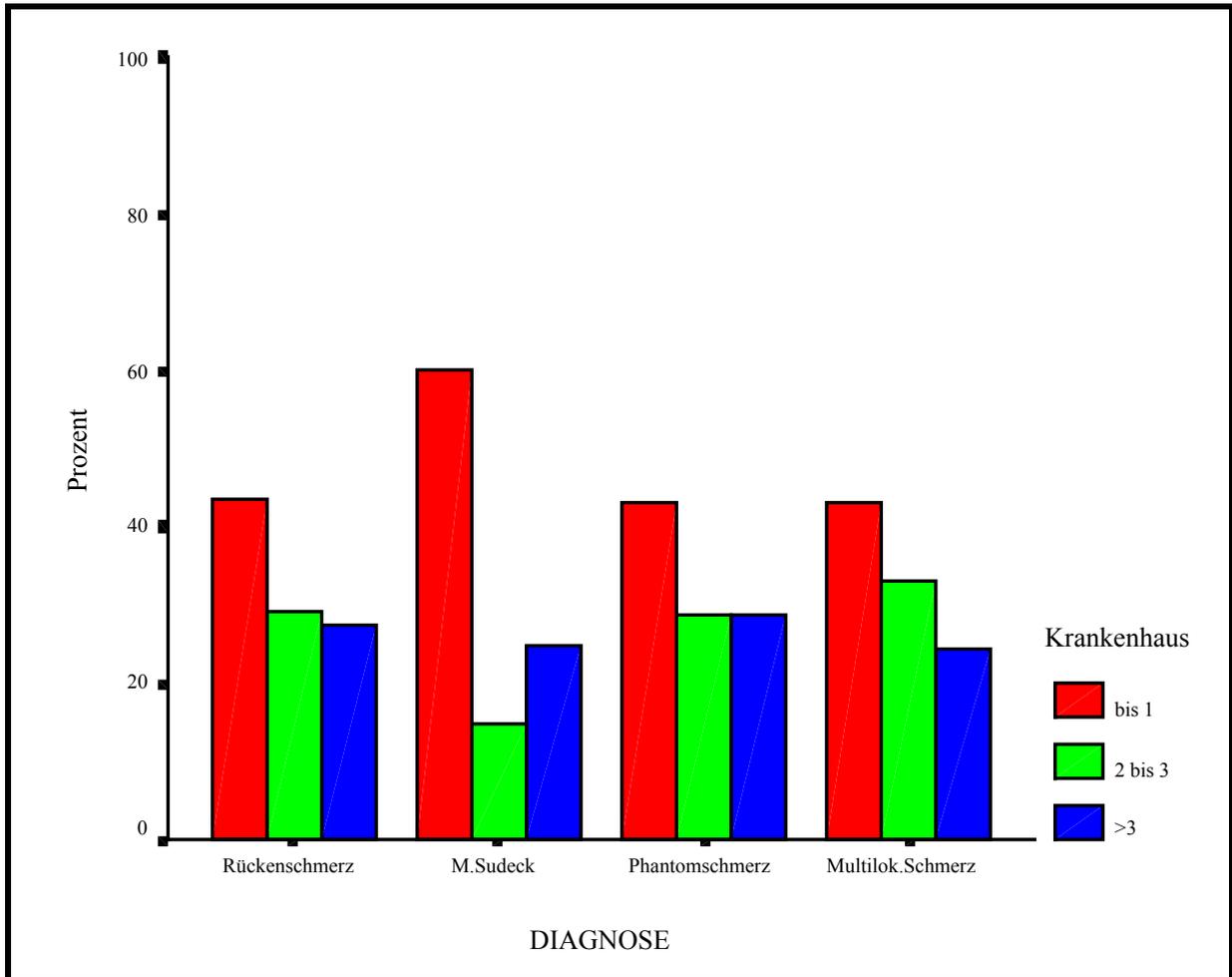


Abbildung 11: Schmerzbedingte Krankenhaus-Aufenthalte bei den vier Diagnosegruppen an den drei Gruppen in Prozent.

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,806$.

Schmerzbedingte Operationen

Tabelle 27 beschreibt die Häufigkeit der schmerzbedingten Operationen, soweit dies der Akte entnommen werden konnte. Der Schwerpunkt lag bei allen Diagnosegruppen auf bis zu einer Operation (53,7%), aber immerhin noch etwa ein Sechstel (17,1%) hatten vier oder mehr schmerzbedingte Operationen (siehe auch Abbildung 12).

Diagnosegruppe	Schmerzbedingte Operationen			Missing Data
	Keine oder 1	2 bis 3	4 und mehr	
Rückenschmerzen	54,7% (64)	29,1% (34)	16,2% (19)	0% (0)
Morbus Sudeck	60,0% (12)	35,0% (7)	5,0% (1)	0% (0)
Phantomschmerzen	42,9% (3)	28,6% (2)	28,6% (2)	0% (0)
Multilok. Schmerzen	57,1% (52)	24,2% (22)	18,7% (17)	0% (0)

Tabelle 27: Anteil der vier Diagnosegruppen an den drei Gruppen „Schmerzbedingte Operationen“ in Prozent.

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,723$.

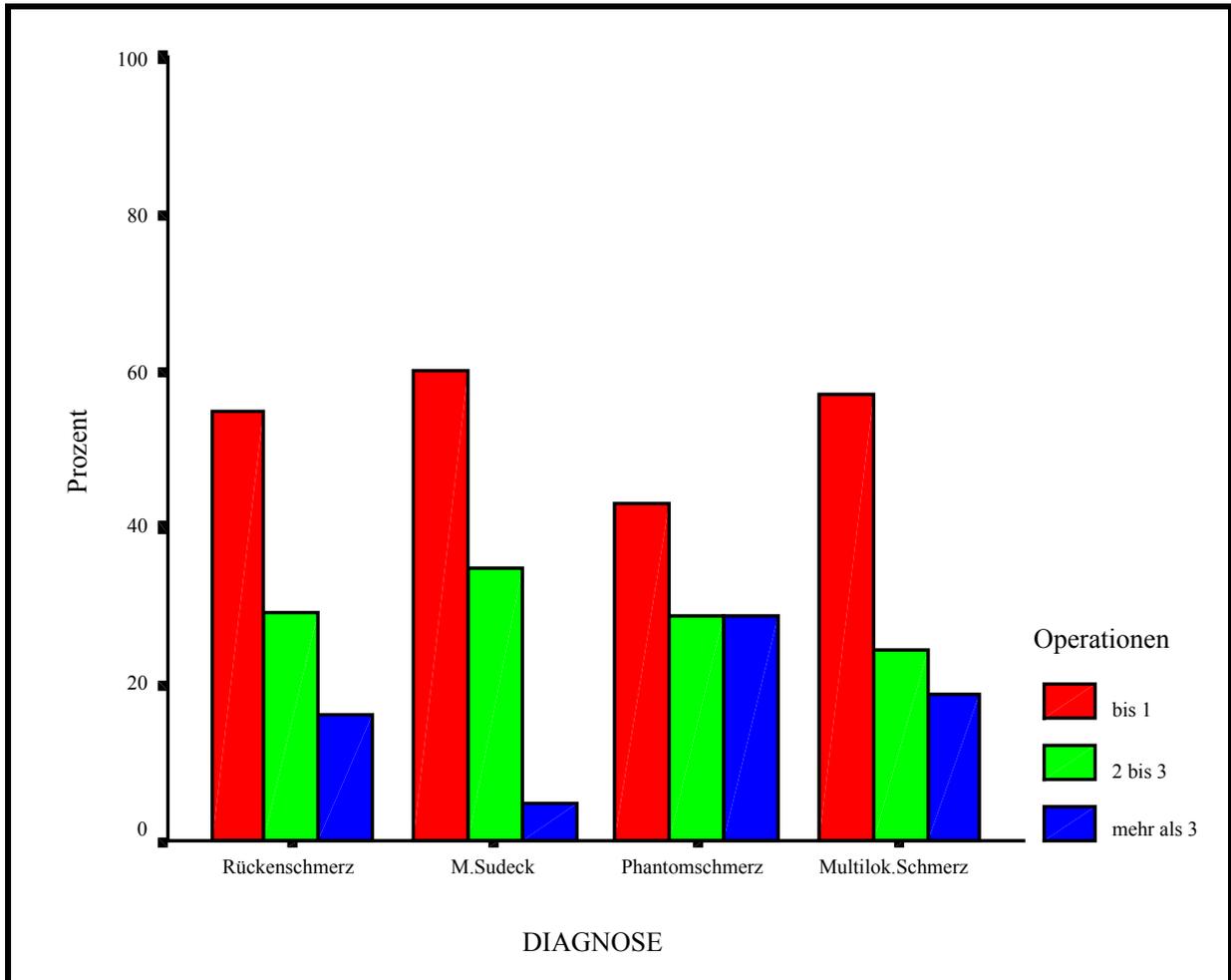


Abbildung 12: Schmerzbedingte Operationen bei den vier Diagnosegruppen“ in Prozent.

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,723$.

Schmerzbedingte Reha-Maßnahmen

Tabelle 28 beschreibt die Häufigkeit der schmerzbedingten Rehabilitationsmaßnahmen, soweit dies der Akte entnommen werden konnte. Der Schwerpunkt lag bei allen Diagnosegruppen auf keiner Reha-Maßnahmen (61,6%), aber mehr als ein Drittel (38,5%) hatten eine oder mehr schmerzbedingte Reha-Maßnahmen (siehe auch Abbildung 13).

Diagnosegruppe	Schmerzbedingte Reha-Maßnahmen		
	Keine	1 bis 2	3 oder mehr
Rückenschmerzen	43,6% (51)	44,4% (52)	12,0% (14)
Morbus Sudeck	85,0% (17)	10,0% (2)	5,0% (1)
Phantomschmerzen	71,4% (5)	28,6% (2)	0% (0)
Multilok. Schmerzen	46,2% (42)	38,5% (35)	15,4% (14)

Tabelle 28: Anteil der vier Diagnosegruppen an den drei Gruppen „Schmerzbedingte Reha-Maßnahmen“ in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,604$.

Zusammenfassend lassen sich die Resultate der Patientenkarriere darstellen:

1. Stationäre Behandlung: 26,3% hatten mehr als drei schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte
2. Reha-Maßnahmen: 38,5% hatten eine oder mehr Reha-Maßnahmen und
3. Schmerzbedingte Operationen: 46,3% hatten zwei oder mehr schmerzbedingte Operationen.

Erstaunlich ist die geringe Zahl erfolgter Arztwechsel, was den vorgenannten Befunden widerspricht.

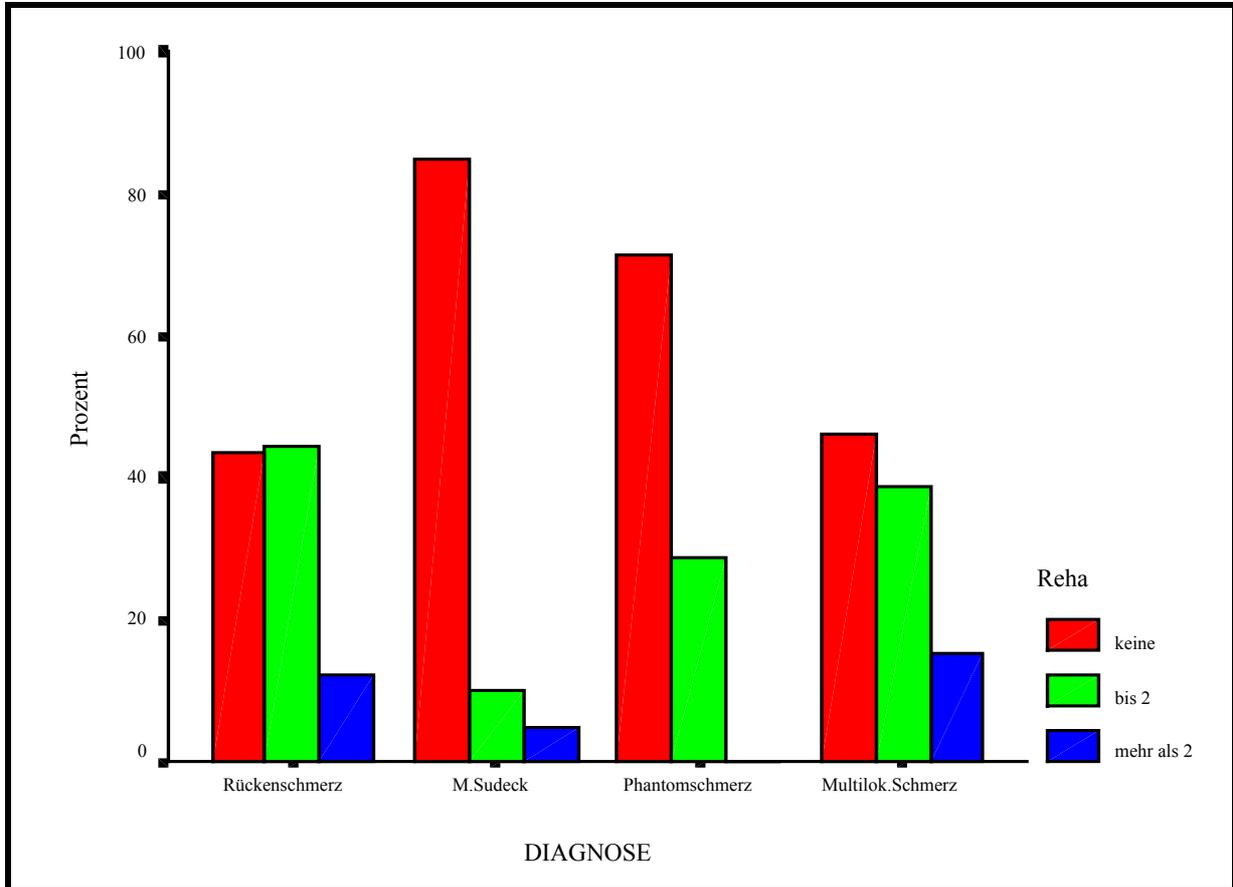


Abbildung 13: Anteil der vier Diagnosegruppen an den drei Gruppen „Schmerzbedingte Reha-Maßnahmen“ in Prozent.

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“ exakter Fisher-Test: $p=0,604$.

Achsenstadien nach Gerbershagen

Achse 1: Zeitliche Aspekte

Tabelle 29 gibt das Chronifizierungsstadium bezüglich der zeitlichen Aspekte der Schmerzerkrankung an. Bei allen Diagnosegruppen lag das Schwergewicht auf Stadium III. In diesen ist auch die Dauer der Erkrankung inklusive Krankenhaus, Operationen und Rehabilitationsverfahren enthalten. Das heißt, eine lange Zeit chronischer Schmerzen wird damit eingestuft.

	Rücken- schmerz	Multilokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- schmerz	Morbus Sudeck u. Phantom-Schmerz
Achsenstad. 1 = I	0% (0)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Achsenstad. 1 = II	17,9% (21)	25,3% (23)	50% (10)	42,9% (3)	48,1% (13)
Achsenstad. 1 = III	82,1% (96)	72,5% (66)	50% (10)	57,1% (4)	51,9% (14)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 29: Achsenstadium 1 nach Gerbershagen (Zeitliche Aspekte) bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Achse 2: Räumliche Aspekte

Tabelle 30 gibt das Chronifizierungsstadium bezüglich der räumlichen Aspekte der Schmerzerkrankung an. Bis auf die Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ (Stadium III), lag bei allen Diagnosegruppen das Schwergewicht auf Stadium I, das heißt, die Schmerzen waren bei allen Patienten, außer bei jenen mit Multilokulären Schmerzen, überwiegend nur in einer Körperregion zu finden.

	Rücken- schmerz	Multi- lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- schmerz	Morbus Sudeck + Phantomschmerz
Achsenstad. 2 = I	52,1%(61)	2,2% (2)	95% (19)	85,7%(6)	92,6%(25)
Achsenstad. 2= II	29,9%(35)	3,3% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Achsenstad. 2= III	17,9%(21)	94,5%(86)	5% (1)	14,3% (1)	7,4% (2)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 30: Anteil der vier Diagnosegruppen an den Achsenstadien I bis III (Achse 2) in Prozent (Anzahl Patienten).

Achse 3: Medikamenteneinnahme

Tabelle 31 gibt das Chronifizierungsstadium bezüglich der Medikamenteneinnahme an. Bei den Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ und „Phantomschmerz“ lag der Schwerpunkt auf Stadium II, bei den Diagnosegruppen „Multilokulärer Schmerz“ und „M. Sudeck“ auf Stadium I, das heißt, daß Patienten mit Rückenschmerzen oder Phantomschmerzen eher mehrere periphere oder zentralwirksame Analgetika vor Zuweisung zur Schmerzambulanz genommen hatten und auch eher eine Entzugsbehandlung durchgemacht hatten als Patienten mit multilokulären Schmerzen oder M. Sudeck (siehe auch Abbildung 14).

	Rücken- schmerz	Multi- lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- schmerz	Morbus Sudeck u Phantom-Schmerz
Achsenstad. 3 = I	41% (48)	51,6% (47)	65% (13)	28,6% (2)	55,6% (15)
Achsenstad. 3 = II	55,6% (65)	48,4% (44)	35% (7)	71,4% (5)	44,4% (12)
Achsenstad. 3 = III	3,4% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 31: Anteil der vier Diagnosegruppen an den Achsenstadien I bis III (Medikamenteneinnahmeverhalten) in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,096$.

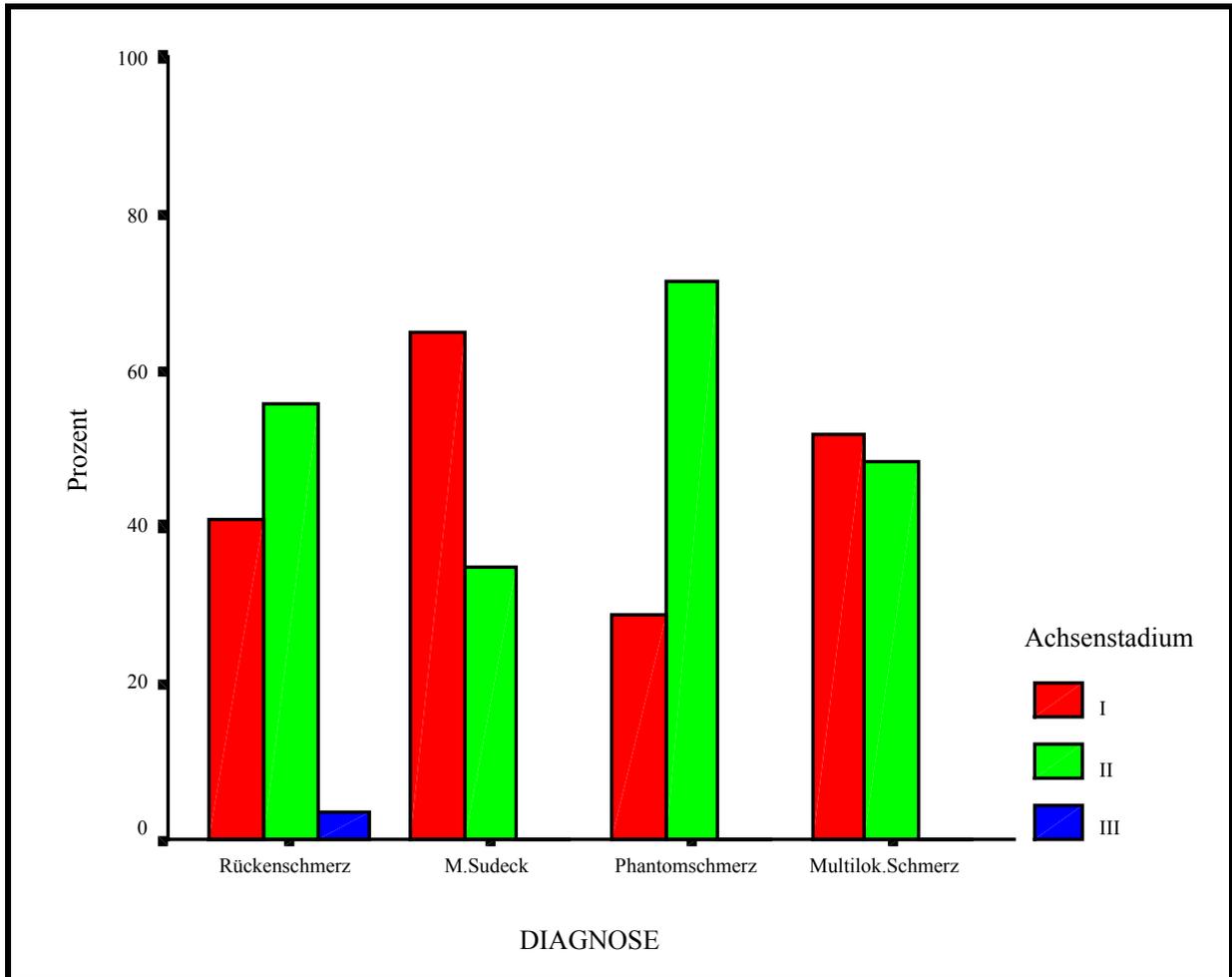


Abbildung 14: Anteil der vier Diagnosegruppen an den Achsenstadien I bis III (Medikamenteneinnahmeverhalten) in Prozent.

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,096$.

Achse 4: Patientenkarriere

Tabelle 32 gibt das Chronifizierungsstadium bezüglich der Patientenkarriere an. Bis auf die Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ (jeweils 42,9% in Stadium I und II) lag der Schwerpunkt auf Stadium II, das heißt, daß Patienten mit Stadium II eher ihren persönlichen Arzt gewechselt, eher einen schmerzbedingten Krankenhausaufenthalt absolviert, sich eher einer schmerzbedingten Operation unterzogen und eher ein schmerzbedingtes Rehabilitationsverfahren durchgemacht hatten, als Patienten des Stadiums I (siehe auch Abbildung 15).

	Rücken- schmerz	Multi- lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- schmerz	Morbus Sudeck + Phantom- Schmerz
Achsenstad. 4 = I	24,8% (29)	23,1% (21)	45% (9)	42,9% (3)	44,4% (12)
Achsenstad. 4 = II	61,5% (72)	61,5% (56)	55% (11)	42,9% (3)	51,9% (14)
Achsenstad. 4 = III	13,7% (16)	15,4% (14)	0% (0)	14,3% (1)	3,7% (1)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 32: Anteil der vier Diagnosegruppen an den Achsenstadien I bis III der Achse 4 (Patientenkarriere) in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,920$.

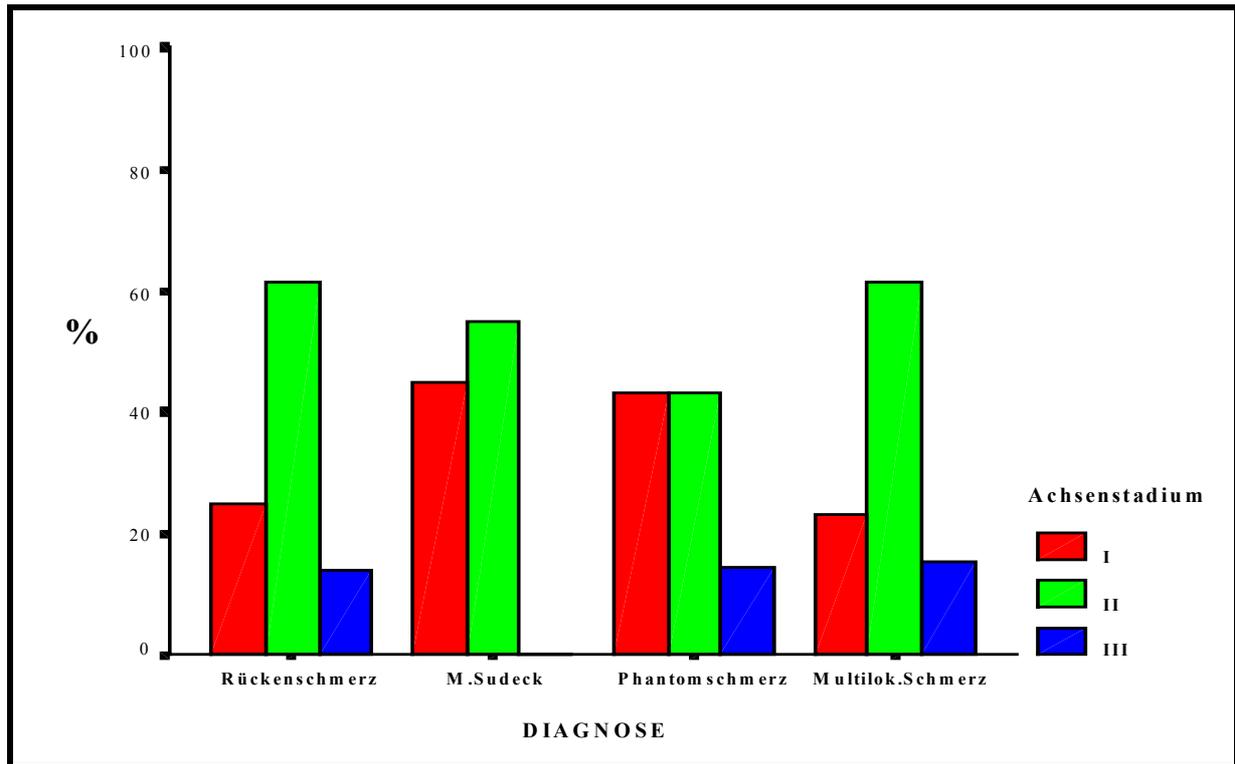


Abbildung 15: Anteil der vier Diagnosegruppen an den Achsenstadien I bis III der Achse 4 (Patientenkarriere) in Prozent.

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,920$.

Gesamtstadium nach Gerbershagen

Tabelle 33 gibt das Chronifizierungsstadium bezüglich des Gesamtstadiums an. Bei der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ lag der Schwerpunkt auf Stadium II (54,7%), mit etwas Abstand folgte Stadium III (35%). Mit Abstand die meisten Patienten (75,8%) waren bei der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ dem Stadium III zuzuordnen. In der Diagnosegruppe „M. Sudeck“ lag der Schwerpunkt auf Stadium I (55%), in der Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ waren gleich viele Patienten den ersten beiden Stadien zuzuordnen (jeweils 42,9% in Stadium I und II) und nur wenige (14,3%) dem Stadium III.

Gesamtstadium nach Gerbershagen	Rücken-schmerz	Multi-lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom-schmerz	Morbus Sudeck u. Phantom-Schmerz
Ges.-Stadium = I	10,3% (12)	2,2% (2)	55% (11)	42,9% (3)	51,9% (14)
Ges.- Stadium = II	54,7% (64)	22% (20)	40% (8)	42,9% (3)	40,7% (11)
Ges.-Stadium = III	35% (41)	75,8% (69)	5% (1)	14,3% (1)	7,4% (2)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 33: Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen bezüglich des Gesamtstadiums.

Überblick Stadieneinteilung nach Gerbershagen

In Ergänzung zur ursprünglichen Definition von Gerbershagen, der die einzelnen Schmerzerkrankungen nicht berücksichtigte, erfolgt hier eine Zuordnung zu den Schmerzgruppen. Dies wird neuerdings gefordert, weil sonst die Aussagefähigkeit der Stadien unzureichend ist (Hüppe et al, 2001).

Stadium	Rücken- schmerz	Multiloku- lärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- schmerz	Morbus Sudeck u. Phantom- Schmerz
Achsenstad. 1 = I	0% (0)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Achsenstad. 1 = II	17,9% (21)	25,3% (23)	50% (10)	42,9% (3)	48,1% (13)
Achsenstad. 1 = III	82,1% (96)	72,5% (66)	50% (10)	57,1% (4)	51,9% (14)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Achsenstad. 2 = I	52,1% (61)	2,2% (2)	95% (19)	85,7% (6)	92,6% (25)
Achsenstad. 2 = II	29,9% (35)	3,3% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Achsenstad. 2 = III	17,9% (21)	94,5% (86)	5% (1)	14,3% (1)	7,4% (2)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Achsenstad. 3 = I	41% (48)	51,6% (47)	65% (13)	28,6% (2)	55,6% (15)
Achsenstad. 3 = II	55,6% (65)	48,4% (44)	35% (7)	71,4% (5)	44,4% (12)
Achsenstad. 3 = III	3,4% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Achsenstad. 4 = I	24,8% (29)	23,1% (21)	45% (9)	42,9% (3)	44,4% (12)
Achsenstad. 4 = II	61,5% (72)	61,5% (56)	55% (11)	42,9% (3)	51,9% (14)
Achsenstad. 4 = III	13,7% (16)	15,4% (14)	0% (0)	14,3% (1)	3,7% (1)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Ges.-Stadium = I	10,3% (12)	2,2% (2)	55% (11)	42,9% (3)	51,9% (14)
Ges.- Stadium = II	54,7% (64)	22% (20)	40% (8)	42,9% (3)	40,7% (11)
Ges.-Stadium = III	35% (41)	75,8% (69)	5% (1)	14,3% (1)	7,4% (2)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 34: Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen, getrennt nach verschiedenen Diagnosegruppen.

Vorbehandlung

Medikamentöse Vorbehandlung

Art der eingenommenen Nichtopioid

Die Mehrzahl der Patienten aller Diagnosegruppen hatte vor Beginn der Behandlung in der Schmerzzambulanz Antipyretika genommen, wobei die Gruppe der nicht-steroidalen Analgetika (NSA) jeweils am stärksten vertreten war. Eine geringere Rolle spielten in allen Diagnosegruppen Paracetamol, Metamizol oder eine Kombination aus mehreren Analgetika.

Diagnosegruppe	Antipyretika-Einnahme (Gesamt)	Davon: NSA	Davon: Paracetamol u. Metamizol	Davon: Mehrere Antipyretika
Rückenschmerzen	65,0% (76)	41,9% (49)	9,4% (11)	13,7% (16)
Morbus Sudeck	55% (11)	35% (7)	15% (3)	5% (1)
Phantomschmerz	71,4% (5)	57,1% (4)	14,3% (1)	0% (0)
Multilokuläre Schmerzen	72,5% (66)	40,7% (37)	6,6% (6)	25,3% (23)

Tabelle 35: Einnahme von Antipyretika, nicht-steroidalen Analgetika (NSA), Paracetamol und Metamizol oder mehreren Analgetika bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Art der eingenommenen Opiode

Im Gegensatz zu der häufigen Einnahme von antipyretischen Analgetika wurden Opiode vor Aufsuchen der Schmerzambulanz selten eingenommen, insgesamt von etwa einem Drittel der Patienten. Opiode ohne BtM-Verschreibung wurden von Patienten mit Rückenschmerzen zu 29,1 % ein, von Patienten mit multilokulären Schmerzen zu 17,6%, von Patienten mit Phantomschmerz zu 57,1% und von Patienten mit M. Sudeck zu 20%. Nur insgesamt 6 (5,4%) Patienten erhielten BtM-pflichtige Opiode. Um welche Btm-pflichtigen Opiode es sich handelt, konnte aus den Akten nicht entnommen werden.

Von den nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Opioiden nahm Tramadol die erste Stelle ein, es folgten DHC oder Medikamentenkombinationen. Weitere Opiode - wie Tilidin - wurden nicht vor Aufsuchen der Ambulanz eingenommen.

Diagnosegruppe	Opiat-Einnahme (BtM-pflichtig)	Opiat-Einnahme (non-BtM) (Gesamt)	Davon: Tramadol	Davon: DHC	Mehrere Medikamentengruppen
Rückenschmerzen	4,3% (5)	29,1% (34)	13,7% (16)	3,4% (4)	6,0% (7)
Morbus Sudeck	0% (0)	20,0% (4)	15,0% (3)	0% (0)	0% (0)
Phantomschmerzen	0% (0)	57,1% (4)	28,6% (2)	0% (0)	0% (0)
Multilokuläre Schmerzen	1,1% (1)	17,6% (16)	9,9% (9)	2,2% (2)	1,1% (1)

Tabelle 36: Einnahme von BtM-pflichtigen Opioiden, nicht-BtM-pflichtigen Opioiden, Tramadol, DHC oder mehreren Medikamentengruppen bei den vier Diagnosegruppen in Prozent (Anzahl Patienten).

Vorbehandlung: Psychotherapie und Entspannungsverfahren

Ein erstaunlich hoher Anteil von Patienten hatte vor Aufnahme in der Schmerzzambulanz eine allerdings sehr verschieden geprägte Psychotherapie. Die Dauer dieser Therapie war nicht aus der Akte zu ersehen.

	Rückenschmerz	Morbus Sudeck	Phantomschmerz	Multilokulärer Schmerz
Gesprächs-Therapie	17,9%	5%	28,6%	24,2%
Verhaltens-Therapie	7,7%	0%	28,6%	14,3%
Gruppen-Psychotherapie	9,4%	5%	14,3%	9,9%
Autogenes Training	12%	0%	0%	8,8%
Jacobson	6,8%	0%	0%	2%
Kunsttherapie	0%	5%	0%	3%
Psychoanalyse	0%	0%	0%	1,1%
Andere Form	4,3%	0%	0%	5,5%
Summe	58,1	15%	71,5%	68,8%

Tabelle 37: Vorbehandlung durch Psychotherapie und Entspannungsverfahren bei den vier Diagnosegruppen in Prozent der Patienten. Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,190$

Gesprächstherapie hatte den höchsten Anteil unter den Vorbehandlungen (28,6% der Phantomschmerzpatienten, 24,2% der Patienten mit multilokulären Schmerzen, 17,9% der Rückenschmerzpatienten und 5% der Patienten mit M. Sudeck), dann folgten **Verhaltenstherapie** (28,6% der Phantomschmerzpatienten, 14,3% der Patienten mit multilokulärem Schmerz, 7,7% der Rückenschmerzpatienten, keiner der Patienten mit M. Sudeck) und **Gruppentherapie** (14,3% der Phantomschmerzpatienten, 9,9%

Phantomschmerzpatienten, 9,9% der Patienten mit multilokulären Schmerzen, 9,4% der Rückenschmerzpatienten und 5% der Patienten mit M. Sudeck). **Autogenes Training** kam nur vor bei Rückenschmerzpatienten (12%) und Patienten mit multilokulären Schmerzen (8,8%), **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson** kam ebenfalls nur bei diesen beiden Diagnosegruppen vor (Rückenschmerzpatienten: 6,8%, Patienten mit multilokulärem Schmerz: 2%). Mit **Kunsttherapie** wurde vorbehandelt bei 5% aller M. Sudeck Patienten und bei 3% aller Patienten mit multilokulärem Schmerz. **Psychoanalyse** in der Vorbehandlung konnte nur bei einem (1,1%) Patienten mit Multilokulärem Schmerz festgestellt werden, jedoch in keiner weiteren Diagnosegruppe. **Andere** Verfahren (z. B. Gestalttherapie, Bioenergetik, Hypnose) wurden bei insgesamt 9,8% der Patienten festgestellt (siehe auch Abbildung 16).

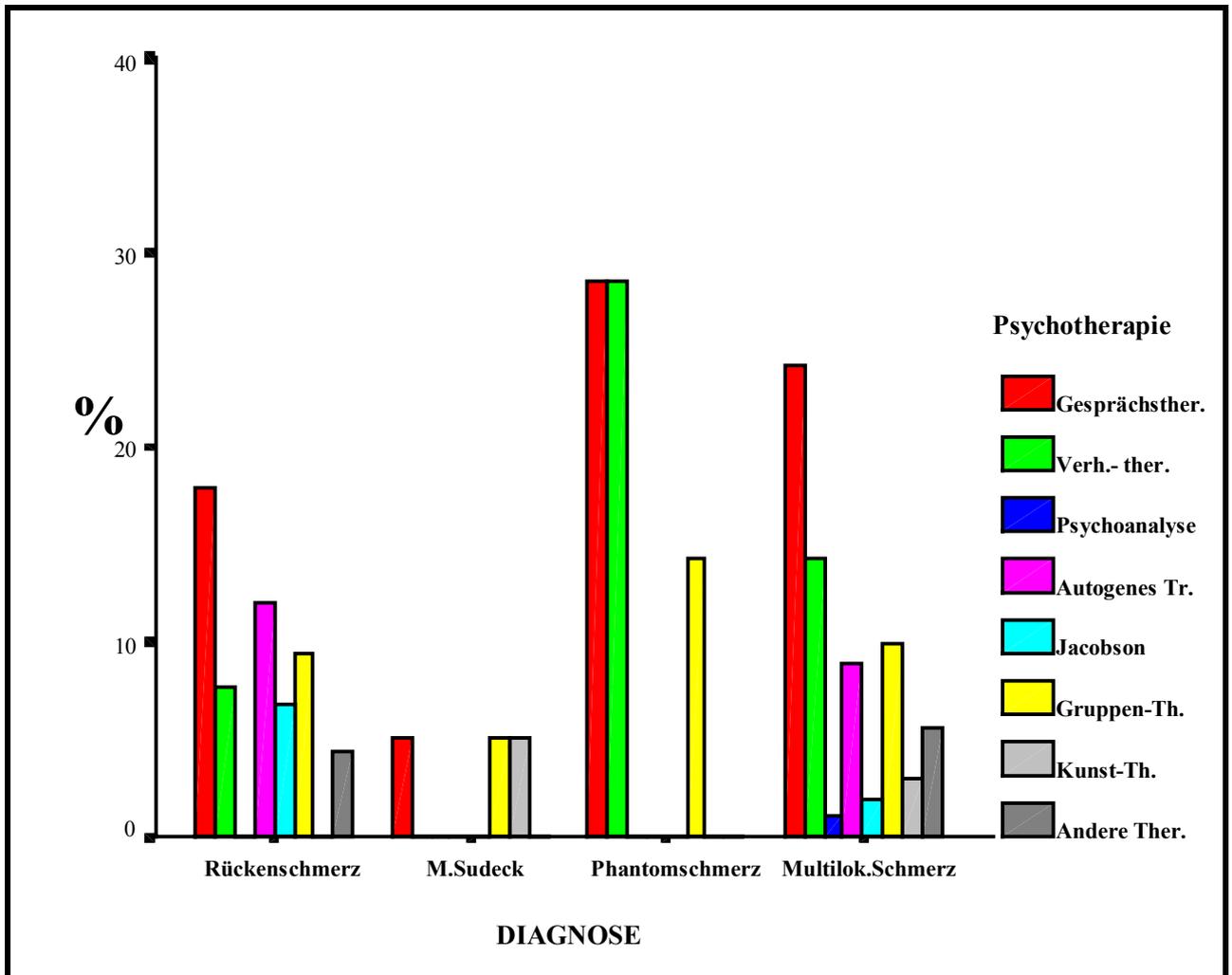


Abbildung 16: Vorbehandlung durch Psychotherapie und Entspannungsverfahren bei den vier Diagnosegruppen in Prozent der Patienten. Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,190$.

Physikalische Therapie

Die meisten Patienten der drei Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ (79,5%), „M. Sudeck“ (85%) und „Multilokulärer Schmerz“ (69,2%) hatten physikalische Therapie vor Beginn der Behandlung in der Schmerzambulanz erhalten. Nur einige Patienten der kleinen Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ hatten physikalische Therapie erhalten, bei anderen Patienten dieser Diagnosegruppe ließ sich allerdings zu dieser Art der Vorbehandlung der Akte keine Angaben entnehmen. Auch bei den übrigen drei Diagnosegruppen ließ sich bei einem Teil der Patienten keine Aussage zu dieser Art der Vorbehandlung machen. **Fehlende Daten:** „Rückenschmerz“: 11,1%, „M. Sudeck“: 5%, „Multilokulärer Schmerz“: 17,6%. Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

Diagnosegruppe	Physikalische Therapie					
	Ja	Nie	Vor bis zu einem Jahr	Vor über einem Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	79,5% (93)	9,4% (11)	17,9% (21)	1,7% (2)	59,8% (70)	11,1% (13)
Morbus Sudeck	85,0% (17)	10,0% (2)	75,0% (15)	0% (0)	10,0% (2)	5,0% (1)
Phantomschmerzen	42,9% (3)	28,6% (2)	14,3% (1)	14,3% (1)	14,3% (1)	28,6% (2)
Multilok. Schmerzen	69,2% (63)	13,2% (12)	9,9% (9)	1,1% (1)	58,2% (53)	17,6% (16)

Tabelle 38: Physikalische Therapie in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen für die Ergebnisspalte „Physiotherapie Ja“, exakter Fisher-Test: $p=0,366$.

Manuelle Therapie

17,1% der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ und 14,3% der Patienten der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ hatten diese Art der Vorbehandlung erhalten. Bei vielen Patienten fanden sich dazu allerdings keine Angaben in der Akte.

Fehlende Daten: „Rückenschmerz“: 19,7%, „M. Sudeck“: 25%, „Phantomschmerz“: 28,6% und „Multilokulärer Schmerz“: 17,6%). Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

Diagnosegruppe	Manuelle Therapie					
	Ja	Nie	Vor bis zu einem Jahr	Vor über einem Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	17,1% (20)	63,2% (74)	0,9% (1)	0,9% (1)	15,4% (18)	19,7% (23)
Morbus Sudeck	0% (0)	75,0% (15)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	0% (0)	71,4% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	28,6% (2)
Multilok. Schmerzen	14,3% (13)	54,9% (50)	1,1% (1)	2,2% (2)	11,0% (10)	30,8% (28)

Tabelle 39: Manuelle Therapie in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen für die Ergebnisspalte „Manuelle Therapie Ja“, exakter Fisher-Test: $p=1,000$.

TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation)

Etwas mehr als ein Drittel (38,5%) der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ hatte vor Beginn der Behandlung in der Schmerzambulanz eine Therapie mittels TENS erhalten. In der Gruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren es 30,8%. In den restlichen zwei Diagnosegruppen waren es jeweils etwas weniger als ein Sechstel der Patienten („M. Sudeck“: 15%, „Phantomschmerz“: 14,3%). Bei vielen Patienten fanden sich dazu allerdings keine Angaben in der Akte. **Fehlende Daten:** „Rückenschmerz“: 21,4%, „M. Sudeck“: 25%, „Phantomschmerz“: 28,6% und „Multilokulärer Schmerz“: 25,3%). Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

Diagnosegruppe	TENS					
	Ja	Nie	Vor bis zu einem Jahr	Vor über einem Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	38,5% (45)	40,2% (47)	8,5% (10)	2,6% (3)	27,4% (32)	21,4% (25)
Morbus Sudeck	15,0% (3)	60,0% (12)	5,0% (1)	0% (0)	10,0% (2)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	14,3% (1)	57,1% (4)	14,3% (1)	0% (0)	0% (0)	28,6% (2)
Multilok. Schmerzen	30,8% (28)	44,0% (40)	5,5% (5)	0% (0)	25,3% (23)	25,3% (23)

Tabelle 40: TENS in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen für die Ergebnisspalte „TENS Ja“, exakter Fisher-Test: $p=0,341$.

Nervenblockaden oder Neurolysen

Genau ein Drittel (33,3%) der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ hatte vor Einweisung in die Schmerzambulanz Nervenblockaden und / oder Neurolysen erhalten. In der Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ waren es etwas weniger als ein Drittel (28,6%), in der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren es etwas mehr als ein Sechstel (18,7%) und bei „M. Sudeck“ nur 5% der Patienten.

Bei vielen Patienten fanden sich dazu allerdings keine Angaben in der Akte.

Fehlende Daten: „Rückenschmerz“: 17,9%, „M. Sudeck“: 25%, „Phantomschmerz“: 14,3% und „Multilokulärer Schmerz“: 27,5%). Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

Diagnosegruppe	Nervenblockaden oder Neurolysen					
	Ja	Nie	Vor bis zu einem Jahr	Vor über einem Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	33,3% (39)	48,7% (57)	7,7% (9)	3,4% (4)	22,2% (26)	17,9% (21)
Morbus Sudeck	5,0% (1)	70,0% (14)	0% (0)	0% (0)	5,0% (1)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	28,6% (2)	57,1% (4)	14,3% (1)	0% (0)	14,3% (1)	14,3% (1)
Multilok. Schmerzen	18,7% (17)	53,8% (49)	1,1% (1)	0% (0)	17,6% (16)	27,5% (25)

Tabelle 41: Nervenblockaden oder Neurolysen in Prozent (Anzahl Patienten). Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen für die Ergebnisspalte „Nervenblockaden oder Neurolysen: Ja“, exakter Fisher-Test: p=0,064.

Neuraltherapie

Fast die Hälfte (47,9%) der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ hatte vor Einweisung in die Schmerzambulanz Neuraltherapie erhalten. In der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren es etwas mehr als ein Drittel (37,4%), während nur 14,3% der Patienten mit „Phantomschmerz“ und jeder Zehnte mit „M. Sudeck“ diese Art der Vorbehandlung erhielt (siehe auch Abbildung 17).

Bei vielen Patienten fanden sich dazu allerdings keine Angaben in der Akte.

Fehlende Daten: „Rückenschmerz“: 14,5%, „M. Sudeck“: 25%, „Phantomschmerz“: 14,3% und „Multilokulärer Schmerz“: 24,2%). Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

Diagnosegruppe	Neuraltherapie					
	Ja	Nie	Vor bis zu einem Jahr	Vor über einem Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	47,9% (56)	37,6% (44)	6,0% (7)	2,6% (3)	39,3% (46)	14,5% (17)
Morbus Sudeck	10,0% (2)	65,0% (13)	0% (0)	0% (0)	10,0% (2)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	14,3% (1)	71,4% (5)	14,3% (1)	0% (0)	0% (0)	14,3% (1)
Multilok. Schmerzen	37,4% (34)	38,5% (35)	5,5% (5)	0% (0)	31,9% (29)	24,2% (22)

Tabelle 42: Neuraltherapie in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen für die Ergebnisspalte „Ja“, exakter Fisher-Test: $p=0,434$.

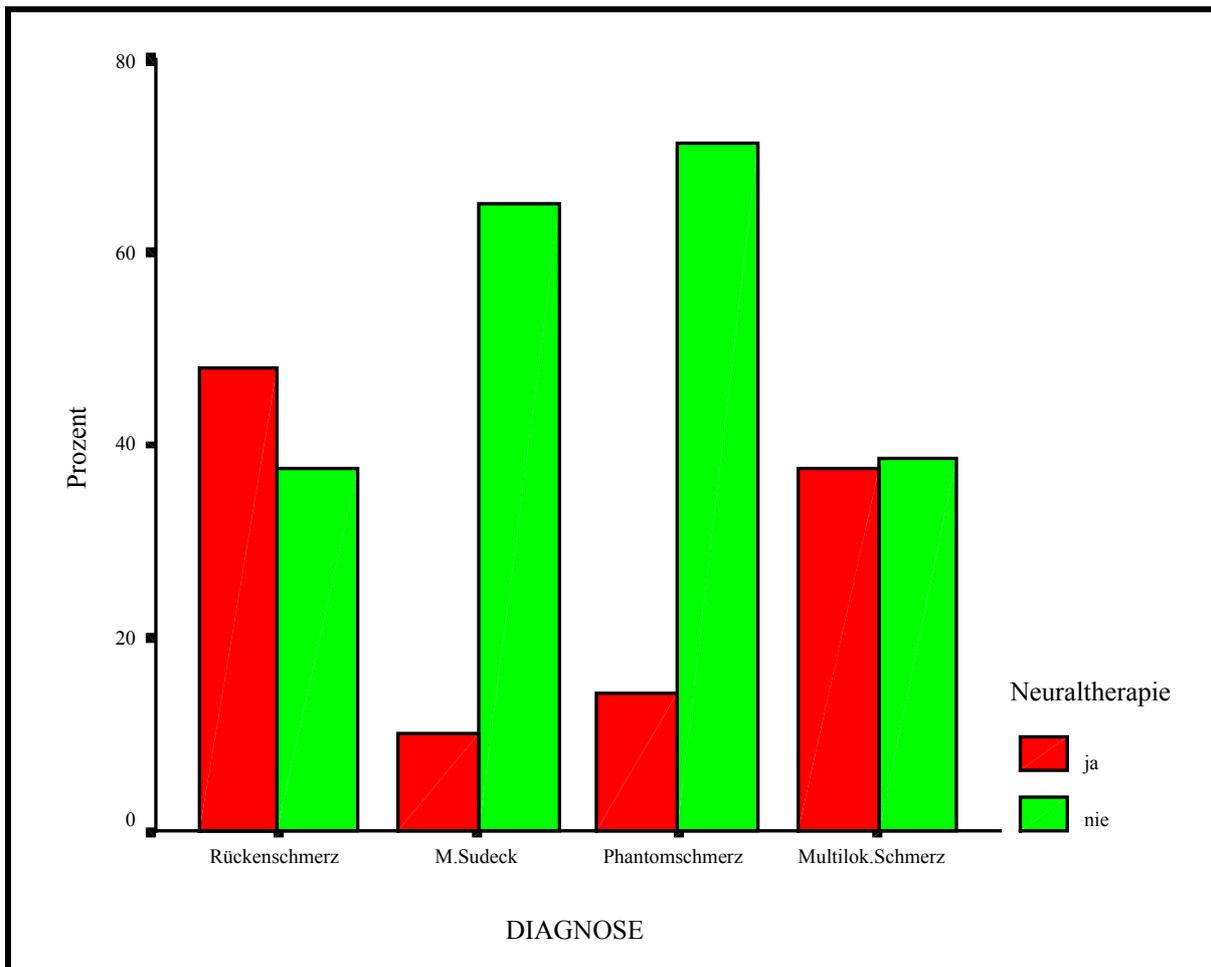


Abbildung 17: Neuraltherapie in Prozent.

Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen für die Ergebnisspalte „Ja“, exakter Fisher-Test: $p=0,434$.

Akupunktur

Die meisten Patienten aller Diagnosegruppen hatten vor Einweisung in die Schmerzambulanz noch keine Akupunktur erhalten. In der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren 20,9% mit Akupunktur vorbehandelt, der Anteil bei Patienten mit „Rückenschmerz“ betrug 16,2%, bei den Patienten mit „Phantomschmerz“ waren es 14,3% und bei „M. Sudeck“ keine.

Bei vielen Patienten fanden sich dazu allerdings keine Angaben in der Akte.

Fehlende Daten: „Rückenschmerz“: 23,1%, „M. Sudeck“: 25%, „Phantomschmerz“: 14,3% und „Multilokulärer Schmerz“: 26,4%). Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

Diagnosegruppe	Akupunktur					
	Ja	Nie	Vor bis zu einem Jahr	Vor über einem Jahr	Ja, Zeit unbekannt	Missing Data
Rückenschmerzen	16,2% (19)	60,7% (71)	1,7% (2)	2,6% (3)	12,0% (14)	23,1% (27)
Morbus Sudeck	0% (0)	75,0% (15)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	25,0% (5)
Phantomschmerzen	14,3% (1)	71,4% (5)	14,3% (1)	0% (0)	0% (0)	14,3% (1)
Multilok. Schmerzen	20,9% (19)	52,7% (48)	5,5% (5)	1,1% (1)	14,3% (13)	26,4% (24)

Tabelle 43: Akupunktur in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen für die Ergebnisspalte „Ja“, exakter Fisher-Test: $p=0,348$.

Wichtige Vorbehandlungen für die Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ und „Multilokulärer Schmerz“

Die Auflistung wichtiger Vorbehandlungen der beiden größten Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ und „Multilokulärer Schmerz“ zeigt, daß die Mehrzahl (65%, bzw. 72,5%) der Patienten vor Beginn der Behandlung in der Schmerzambulanz ein antipyretisches Analgetikum genommen hatte.

Im Gegensatz zu der häufigen Einnahme von antipyretischen Analgetika wurden Opiode vor Aufsuchen der Schmerzambulanz selten eingenommen, Patienten mit Rückenschmerzen nahmen diese zu 29,1 % ein, Patienten mit multilokulären Schmerzen zu 17,6%. Nur 6 Patienten nahmen BtM-pflichtige Opiode.

Von den nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Opioiden nahm Tramadol die erste Stelle ein (13,7%, bzw. 9,9%), es folgten DHC (3,4%, bzw. 2,2%) oder Medikamentenkombinationen (6%, bzw. 1,1%). Weitere Opiode - wie Tilidin - wurden nicht vor Aufsuchen der Ambulanz eingenommen.

Die meisten Patienten der beiden Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ (79,5%) und „Multilokulärer Schmerz“ (69,2%) hatten physikalische Therapie vor Beginn der Behandlung in der Schmerzambulanz erhalten.

Ein erstaunlich hoher Anteil von Patienten (58,1%, bzw. 68,8%) hatte vor Aufnahme in der Schmerzambulanz eine allerdings sehr verschieden geprägte Psychotherapie. Die Dauer dieser Therapie war nicht aus der Akte zu ersehen.

Etwas mehr als ein Drittel (38,5%) der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ hatte vor Beginn der Behandlung in der Schmerzambulanz eine Therapie mittels TENS erhalten. In der Gruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren es 30,8%.

Genau ein Drittel (33,3%) der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ hatte vor Einweisung in die Schmerzambulanz Nervenblockaden und / oder Neurolysen erhalten, in der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren es etwas mehr als ein Sechstel (18,7%).

Ergebnisse

Die meisten Patienten hatten vor Einweisung in die Schmerzzambulanz noch keine Akupunktur erhalten. In der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ waren 20,9% mit Akupunktur vorbehandelt, der Anteil bei Patienten mit „Rückenschmerz“ betrug 16,2%.

17,1% der Patienten der Diagnosegruppe „Rückenschmerz“ und 14,3% der Patienten der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ hatten Manuelle Therapie als Vorbehandlung erhalten.

Sozio-ökonomische Vordaten	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz
Analgetika (Nicht-Opioide)	65%	72,5%
Opioide (Non-BtM)	29,1%	17,6%
Opioide (BtM)	4,3%	1,1%
Physikalische Therapie	79,5%	69,2%
Psychotherapie oder Entspannungsverfahren	58,1%	68,8%
TENS	38,5%	30,8%
Nervenblockaden, Neurolysen	33,3%	18,7%
Akupunktur	16,2%	20,9%
Manuelle Therapie	17,1%	14,3%

Tabelle 44: Wichtige Vorbehandlungen für die Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ und „Multilokulärer Schmerz“ in Prozent.

Ausbildung und berufliche Situation

Schulbildung

Tabelle 45 zeigt die Patientenverteilung nach ihrer höchsten erreichten Schulbildung. In allen vier Diagnosegruppen stellten die Patienten mit Hauptschulabschluss den jeweils größten Anteil (siehe auch Abbildung 18).

Bei vielen Patienten fanden sich dazu allerdings keine Angaben in der Akte.

Fehlende Daten: „Rückenschmerz“: 28,2%, „M. Sudeck“: 50%, „Phantomschmerz“: 14,3% und „Multilokulärer Schmerz“: 7,7%. Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

	Rücken- Schmerz	Multi- lokulärer Schmerz	Morbus Sudeck	Phantom- Schmerz	Morbus Sudeck u. Phantom- Schmerz
Ohne Schulabschluß	1,7% (2)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Hauptschul- Abschluß	51,3% (60)	59,3% (54)	40% (8)	71,4% (5)	48,1% (13)
Realschul- Abschluß	10,3% (12)	16,5% (15)	5% (1)	0% (0)	3,7% (1)
Abitur	0,9% (1)	3,3% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
FH	2,6% (3)	4,4% (4)	5% (1)	14,3% (1)	7,4% (2)
Universitäts- Abschluß	5,1% (6)	6,6% (6)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Missing Data	28,2% (33)	7,7% (7)	50% (10)	14,3% (1)	40,7% (11)

Tabelle 45: Anteil der vier Diagnosegruppen an den sechs Gruppen „Bildungsweg“ in Prozent (Anzahl Patienten).

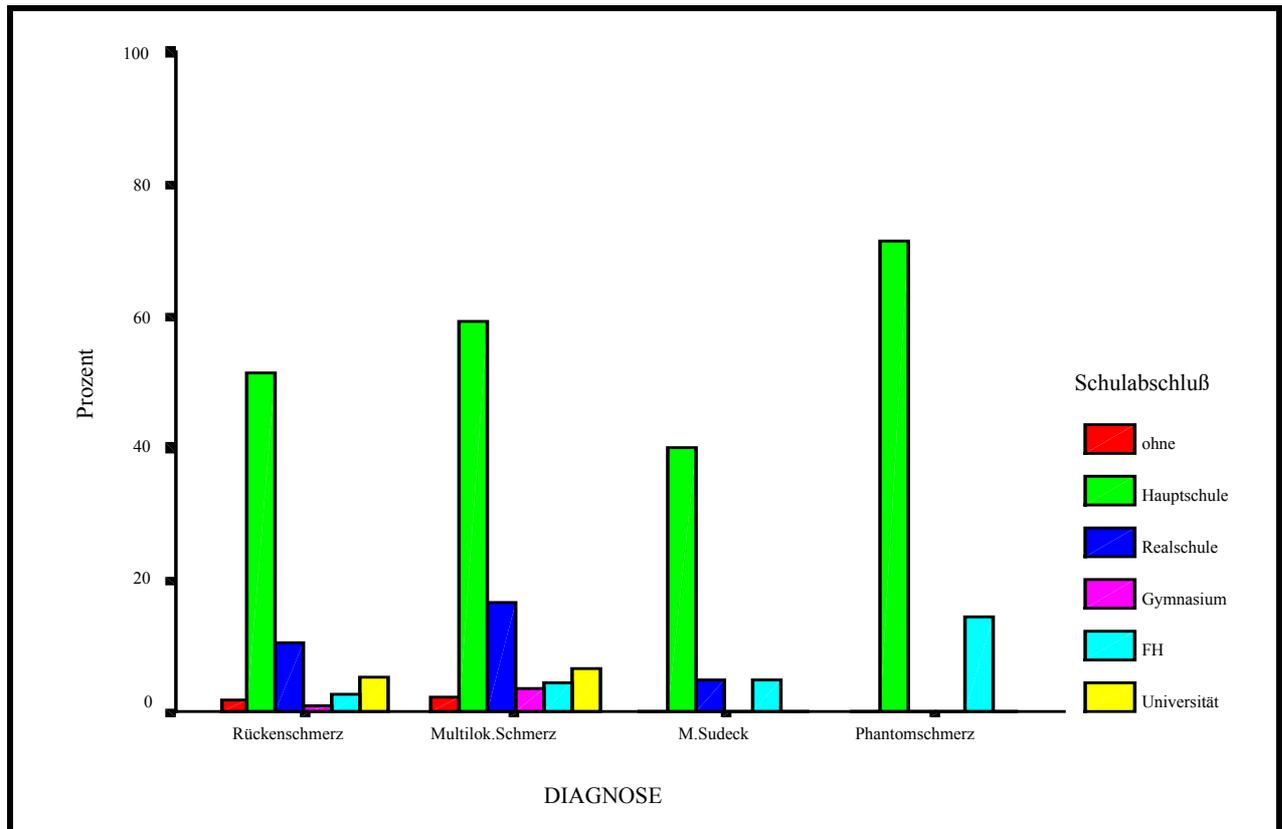


Abbildung 18: Höchster erreichter Schulabschluss (Bildungsweg) in Prozent.

Vergleich Rückenschmerzen versus Multilokuläre Schmerzen, exakter Fisher-Test:
 $p=0,894$.

Zeiten der Arbeitsunfähigkeit

Tabelle 46 zeigt die Patientenverteilung bezüglich Arbeitsunterbrechungen oder Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU). Hierbei handelt es sich um eine Summenangabe aus allen aus der Akte ersichtlichen Zeiten schmerzbedingter Arbeitsunfähigkeit. In den drei Diagnosegruppen „Rückenschmerz“, „Multilokulärer Schmerz“ und „M. Sudeck“ lag der Schwerpunkt bei einer AU bis zu einem Jahr, in der Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ allerdings darüber.

Fast ein Drittel der Patienten mit Rückenschmerzen oder Multilokulären Schmerzen waren **bis** zu einem Jahr arbeitsunfähig, jeweils etwas über 28% dieser beiden Diagnosegruppen **über** ein Jahr wegen ihrer Schmerzen arbeitsunfähig.

Bei vielen Patienten fanden sich dazu allerdings keine Angaben in der Akte.

Fehlende Daten: „Rückenschmerz“: 34,2%, „M. Sudeck“: 15%, „Phantomschmerz“: 28,6% und „Multilokulärer Schmerz“: 41,7%. Die Aussagekraft der Daten dieser Tabelle ist deshalb eingeschränkt.

	Rücken-Schmerz	Multi-lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom-Schmerz	Summe	Morbus Sudeck u. Phantom-Schmerz
AU bis 1 Monat	10,3% (12)	6,6% (6)	0% (0)	0% (0)	7,7% (18)	0% (0)
1-3 Monate	6% (7)	4,4% (4)	55% (11)	14,3% (1)	9,8% (23)	44,4% (12)
4-6 Monate	11,1% (13)	2,2% (2)	25% (5)	0% (0)	8,5% (20)	18,5% (5)
7-12 Monate	10,3% (12)	16,5% (15)	5% (1)	14,3% (1)	12,3% (29)	7,4% (2)
bis 1 Jahr	37,6% (44)	29,7% (27)	85% (17)	28,6% (2)	38,3% (90)	70,4% (19)
über 1 J.	28,2% (33)	28,6% (26)	0% (0)	42,9% (3)	26,4% (62)	11,1% (3)
Missing Data	34,2% (40)	41,7% (38)	15% (3)	28,6% (2)	35,3% (83)	18,5% (5)
Summe	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)	100% (235)	100% (27)

Tabelle 46: Arbeitsunfähigkeitszeiten in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse „Rückenschmerzen“ versus „Multilokuläre Schmerzen“, exakter Fisher-Test: $p=0,145$.

Rentenbezug, Rentenwunsch oder Versicherungsanspruch

Etwa ein Viertel der Patienten mit Rückenschmerz (27,4%) und mit Multilokulärem Schmerz (23,1%) waren berentet; über die Hälfte der Patienten mit Phantomschmerz ebenso (57,1%) Der Rentenwunsch betrug bei Patienten mit Rückenschmerz 17,1% und mit Multilokulärem Schmerz 20,9%. Das heißt, ein hoher teil der Patienten mit Rückenschmerz und Multilokulärem Schmerz waren schon berentet, bzw. äußerten einen Rentenwunsch (Rückenschmerz: 44,5%; Multilokulärer Schmerz: 44%)

	Rücken- Schmerz	Multi- lokuläre Schmerzen	Morbus Sudeck	Phantom- Schmerz	Summe	Morbus Sudeck u. Phantom- Schmerz
Berentet	27,4% (32)	23,1% (21)	15% (3)	57,1% (4)	25,5% (60)	25,9% (7)
Rentenwunsch	17,1% (20)	20,9% (19)	0% (0)	0% (0)	16,6% (39)	0% (0)
Versicherungs- Anspruch	6% (7)	3,3% (3)	40% (8)	14,3% (1)	8,1% (19)	33,3% (9)
Alle anderen Patienten	49,5% (58)	52,7% (48)	45% (9)	28,6% (2)	49,8% (117)	40,8% (11)
Summe	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)	100% (235)	100% (27)

Tabelle 47: Berentung, Rentenwunsch und Anspruch gegen eine Versicherung in Prozent (Anzahl Patienten).

Hinweise auf besondere biographische Ereignisse

Bei den meisten Patienten der Diagnosegruppen „Rückenschmerz“, „Multilokulärer Schmerz“ und „M. Sudeck“ fanden sich in der Akte Hinweise auf besondere, belastende biographische Ereignisse, wobei der Anteil in der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ mit 75,8% am höchsten lag, es folgten Patienten mit Rückenschmerzen mit einem Anteil von fast 66%. Die Diagnosegruppe „M. Sudeck“ hatte in der Akte nur zu 55% und die Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ nur zu 28,6% Hinweise auf solche Ereignisse (siehe auch Abbildung 19).

Diagnosegruppe	Gesamtzahl	Hinweise auf Biographie	Keine Hinweise auf Biographie
Rückenschmerz	100% (117)	65,8% (77)	34,2% (40)
Multilokuläre Schmerzen	100% (91)	75,8% (69)	24,2% (22)
Morbus Sudeck	100%(20)	55% (11)	45% (9)
Phantom-Schmerzen	100%(7)	28,6% (2)	71,4% (5)
Summe	100% (235)	67,7% (159)	32,3% (76)
Missing Data	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 48: Anteil der vier Diagnosegruppen an den beiden Gruppen „Biographie“ in Prozent (Anzahl Patienten).

Vergleich der Ergebnisse der vier Diagnosegruppen, exakter Fisher-Test: p=0,025.

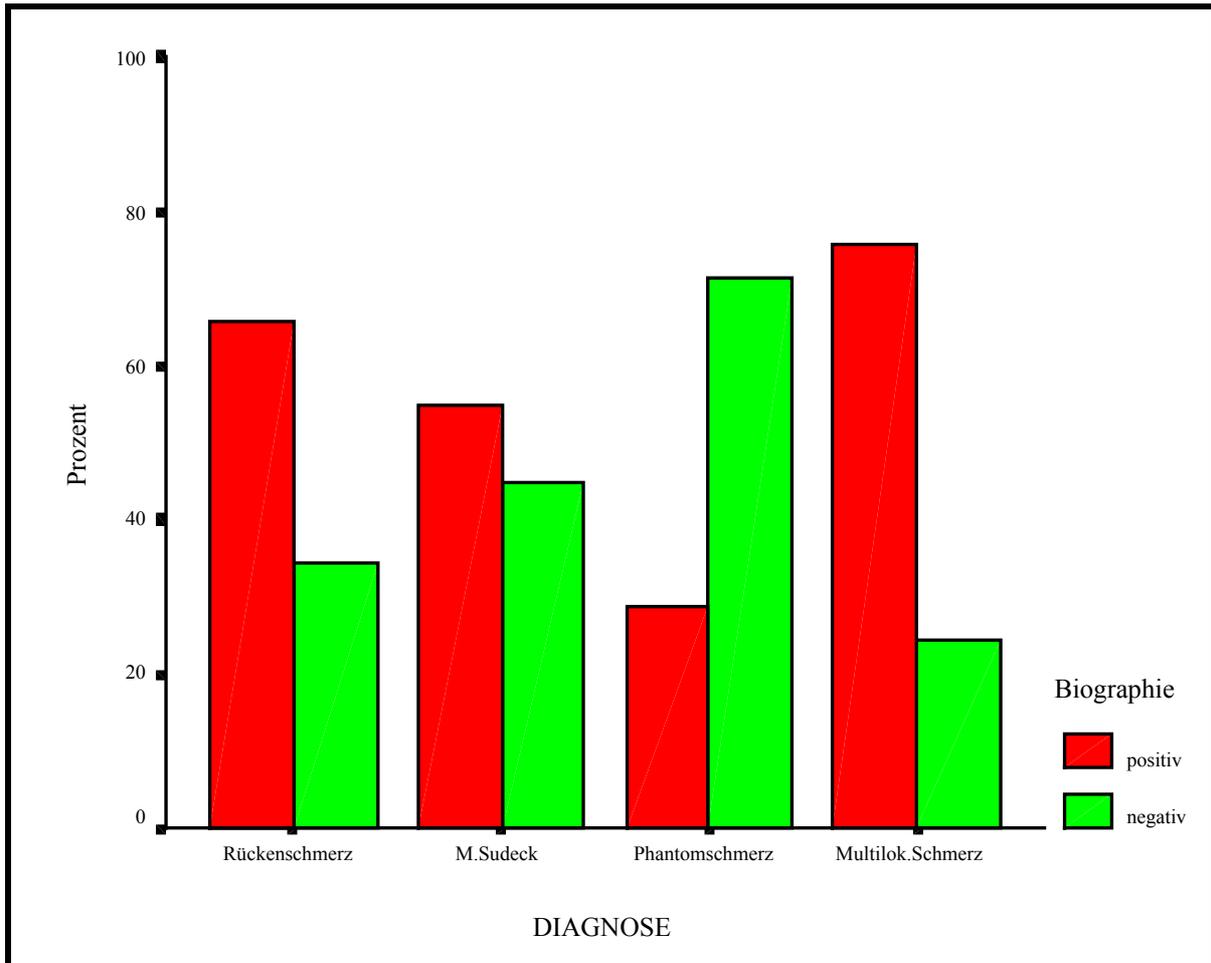


Abbildung 19: Anteil der vier Diagnosegruppen an den beiden Gruppen „Biographie“ in Prozent. „Positive“ Biographie bedeutet, daß es auffällige biographische Ereignisse in der Anamnese gab, z. B. Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung, früher Elternverlust, Kriegserlebnisse.

Es bleibt festzuhalten, daß Patienten mit Rückenschmerzen und Multilokulärem Schmerz in der Mehrheit belastende biographische Ereignisse angaben (66%, bzw. 76%), Patienten mit Phantomschmerz nur zu etwa einem Drittel (28,6%), Patienten mit M. Sudeck etwa zur Hälfte (55%).

Im Anhang finden sich Kasuistiken zu biographischen Angaben aus den ausgewerteten Patientenakten.

Wichtige sozio-ökonomische Vordaten

Zusammenfassend stellt Tabelle 49 die wichtigsten sozio-ökonomischen Daten der Patienten der beiden größten Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ und „multilokulärer Schmerz“ zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Schmerzambulanz dar.

Vordaten	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz
Operationen: 4 und mehr	16,2%	18,7%
Krankenhausaufenthalte: 3 und mehr	27,4%	24,2%
Rehabilitationsaufenthalte: 3 und mehr	12%	15,4%
Arbeitsunfähigkeitszeit Über einem Jahr	28,2%	28,6%
Berentet	27,4%	23,1%
Rentenwunsch	17,1%	20,9%
Biographie positiv	66,7%	75,9%

Tabelle 49: Wichtige sozio-ökonomische Vordaten für die beiden größten Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ und „Multilokulärer Schmerz“ in Prozent.

Empfehlung zur Psychotherapie oder Entspannungsverfahren nach Aufnahme in der Schmerzambulanz

Einem relativ großen Teil der Patienten (24,7%) wurde eine stationäre Psychotherapie nahe gelegt, hinzu kommt ein Anteil von 12,8% der Patienten mit Empfehlung zu Psychotherapie, die in ein somatisches Reha-Programm integriert ist. Ein geringer Teil (16,2%) sollte eine ambulante Psychotherapie erhalten. Ein recht hoher Anteil (41,7%) erhielt keine Psychotherapie-Empfehlung.

Patienten mit Rückenschmerzen hatten einen höheren Anteil (41,9%) an nicht erfolgter Psychotherapie-Empfehlungen, als Patienten mit Multilokulären Schmerzen (34,1%). Die hohen Prozentzahlen bei Phantomschmerzen sind entsprechend der geringen Fallzahl wenig aussagekräftig.

Psychotherapie-Empfehlung	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz	M. Sudeck	Phantom-Schmerz
Ambulant	17,1% (20)	19,8% (18)	0% (0)	0% (0)
Stationär	22,2 (26)	27,5% (25)	25% (5)	28,6% (2)
Reha-Verfahren	14,5% (17)	12,1% (11)	5% (1)	14,3% (1)
Nicht Spezifiziert	3,4% (4)	4,4% (4)	0% (0)	0% (0)
Nicht dem Pat. Mitgeteilt	0,9% (1)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)
Keine Psychotherapieempfehlung	41,9% (49)	34,1% (31)	70% (14)	57,1% (4)
Missing Data	0%	0%	0%	0%
Gesamt	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)

Tabelle 50: Empfehlungen zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren, untergliedert in ambulante, stationäre, rehabilitative (stationärer Reha-Aufenthalt) Psychotherapie, nicht weiter spezifizierte Psychotherapieart, Psychotherapieempfehlung, die dem Patienten nicht mitgeteilt wurde (z. B. weil sich dessen Gesundheitszustand nach einem Konsil verschlechterte), sowie Anteil der Patienten, denen **keine** Psychotherapie empfohlen wurde. Angaben in Prozent (Anzahl der Patienten).

Ergebnisse

(Anzahl der Patienten).

Empfehlung zur Psychotherapie oder Entspannungsverfahren

Zusammenfassung (Nach Diagnosegruppen)

Psychotherapie-Empfehlung	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz	M. Sudeck	Phantom-Schmerz
Ja	58,1% (68)	65,9% (60)	30% (6)	42,9% (3)
Nein	41,9% (49)	34,1% (31)	70% (14)	57,1% (4)
Missing Data	0%	0%	0%	0%
Gesamt	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)

Tabelle 51: Zusammenfassung der Empfehlungen zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren, sowie Anteil der Patienten, denen **keine** Psychotherapie empfohlen wurde in Prozent (Anzahl der Patienten).

Zusammenfassung (Alle Diagnosegruppen)

Psychotherapie-Empfehlung	Alle Diagnosegruppen
Ja	58,3% (137)
Nein	41,7% (98)
Missing Data	0%
Gesamt	100% (235)

Tabelle 52: Zusammenfassung der Empfehlungen zur Psychotherapie oder eine Entspannungsverfahren, sowie Anteil der Patienten, denen **keine** Psychotherapie empfohlen wurde in Prozent (Anzahl der Patienten).

Empfehlung zu Psychotherapie oder Entspannungsverfahren in Abhängigkeit von der Stadieneinteilung nach Gerbershagen

Rückenschmerz

Im Gesamtstadium II und III wurde eher eine Empfehlung zu einer Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (33,1% im Stadium II und 22% im Stadium III), als im Stadium I (3,4%).

Psychotherapieempfehlung	Gesamtstadium I	Gesamtstadium II	Gesamtstadium III	Summe
Nein	6,8% (8)	21,2% (25)	13,5% (16)	41,5% (49)
Ja	3,4% (4)	33,1% (38)	22,0% (26)	58,5% (68)
Total	10,2% (12)	54,2% (63)	35,6% (42)	100% (117)

Tabelle 53: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „**Rückenschmerz**“ in Abhängigkeit vom Gesamtstadium der Stadieneinteilung nach Gerbershagen in Prozent (Anzahl Patienten). (Fisher-Test: $p=0,21$)

Morbus Sudeck

Im Gesamtstadium II wurde eher eine Empfehlung zu einer Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (20%), als im Stadium I oder III (jeweils 5%). Der überwiegende Teil der Patienten (70%) erhielt jedoch keine Empfehlung.

Psychotherapieempfehlung	Gesamtstadium I	Gesamtstadium II	Gesamtstadium III	Summe
Nein	50% (10)	20% (4)	0% (0)	70% (14)
Ja	5% (1)	20% (4)	5% (1)	30% (6)
Total	55% (11)	40% (8)	5% (1)	100% (20)

Tabelle 54: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „M. Sudeck“ in Abhängigkeit vom Gesamtstadium der Stadieneinteilung nach Gerbershagen in Prozent (Anzahl Patienten). (Fisher-Test: $p=0,062$)

Phantomschmerz

Im Gesamtstadium I, II und III wurde jeweils zu 14,3% eine Empfehlung zu einer Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen. Der überwiegende Teil der Patienten (57,2%) erhielt jedoch keine Empfehlung.

Psychotherapieempfehlung	Gesamtstadium I	Gesamtstadium II	Gesamtstadium III	Summe
Nein	28,6% (2)	28,6% (2)	0% (0)	57,2% (4)
Ja	14,3% (1)	14,3% (1)	14,3% (1)	42,8% (3)
Total	42,9% (3)	42,9% (3)	14,2% (1)	100% (7)

Tabelle 55: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „Phantomschmerz“ in Abhängigkeit vom Gesamtstadium der Stadieneinteilung nach Gerbershagen in Prozent (Anzahl Patienten). (Fisher-Test: $p=1,0$)

Multilokuläre Schmerzen

Im Gesamtstadium III wurde fast jedem zweiten Patienten eine Empfehlung zu einer Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren gegeben. Insgesamt erhielten fast zwei Drittel der Patienten eine solche Empfehlung.

Psychotherapie- empfehlung	Gesamtstadium I	Gesamtstadium II	Gesamtstadium III	Summe
Nein	1,1% (1)	6,6% (6)	26,4 (24)	34,1% (31)
Ja	1,1% (1)	15,4% (14)	49,4% (45)	65,9% (60)
Total	2,2% (2)	22,0% (20)	75,8% (69)	100% (91)

Tabelle 56: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „**Multilokuläre Schmerzen**“ in Abhängigkeit vom Gesamtstadium der Stadieneinteilung nach Gerbershagen in Prozent (Anzahl Patienten). (Fisher-Test: $p=0,906$)

Alle Diagnosegruppen

Im Gesamtstadium II und III wurde eher eine Empfehlung zu einer Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (24,6% im Stadium II und 30,9% im Stadium III), als im Stadium I (3%). Insgesamt erhielten fast 60% eine solche Empfehlung und je höher das Gesamtstadium war, umso eher wurde eine Empfehlung ausgesprochen ($p=0,000606$).

Psychotherapieempfehlung	Gesamtstadium I	Gesamtstadium II	Gesamtstadium III	Summe
Nein	8,9% (21)	15,7% (37)	17,0 (40)	41,5% (98)
Ja	3,0 (7)	24,6% (57)	30,9% (73)	58,5% (137)
Total	11,9% (28)	40,2% (94)	47,9% (113)	100% (235)

Tabelle 57: Psychotherapieempfehlung **in allen Diagnosegruppen** in Abhängigkeit vom Gesamtstadium der Stadieneinteilung nach Gerbershagen in Prozent (Anzahl Patienten). (Fisher-Test: $p=0,000606$)

Empfehlung zu Psychotherapie oder Entspannungsverfahren in Abhängigkeit von der Patienten-Biographie

Rückenschmerz

Bei positiver Biographie, also dem Nachweis besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, wurde eher eine Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (41,9%), als bei negativer Biographie (17,1%). Dieser Zusammenhang war nicht signifikant ($p=0,24$)

Psychotherapieempfehlung	Biographie positiv	Biographie negativ	Summe
Nein	24,8% (29)	16,2% (19)	41,0% (48)
Ja	41,9% (49)	17,1% (20)	59,0% (69)
Total	66,7% (78)	33,3% (39)	100% (117)

Tabelle 58: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „**Rückenschmerz**“ in Abhängigkeit von der Biographie. (Fisher-Test: $p=0,24$)

Morbus Sudeck

Bei positiver Biographie, also dem Nachweis besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, wurde eher eine Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (30%), als bei negativer Biographie (0%). Dieser Zusammenhang war signifikant ($p=0,014$)

Psychotherapieempfehlung	Biographie positiv	Biographie negativ	Summe
Nein	25% (5)	45% (9)	70% (14)
Ja	30% (6)	0% (0)	30% (6)
Total	55% (11)	45% (9)	100% (20)

Tabelle 59: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „**M. Sudeck**“ in Abhängigkeit von der Biographie. (Fisher-Test: $p=0,014$)

Phantomschmerz

Bei positiver Biographie, also dem Nachweis besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, wurde eine Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren weniger oft (14,3%) ausgesprochen, wie bei negativer Biographie (28,5%). Bei negativer Biographie war der Anteil der Nicht-Empfehlung höher (42,9%), als der Anteil der Empfehlung (28,5%). Dieser Zusammenhang war nicht signifikant ($p=1,0$)

Psychotherapieempfehlung	Biographie positiv	Biographie negativ	Summe
Nein	14,3% (1)	42,9% (3)	57,2% (4)
Ja	14,3% (1)	28,5% (2)	42,8% (3)
Total	28,6% (2)	71,4% (5)	100% (7)

Tabelle 60: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „**Phantomschmerz**“ in Abhängigkeit von der Biographie. (Fisher-Test: $p=1,0$)

Multilokuläre Schmerzen

Bei positiver Biographie, also dem Nachweis besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, wurde eher eine Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Ent-

Entspannungsverfahren ausgesprochen (55%), als bei negativer Biographie (11%). Dieser Zusammenhang war signifikant ($p=0,037$)

Psychotherapieempfehlung	Biographie positiv	Biographie negativ	Summe
Nein	20,9% (19)	13,2% (12)	34% (31)
Ja	55% (50)	11% (10)	66% (60)
Total	75,9% (69)	24,2% (22)	100% (91)

Tabelle 61: Psychotherapieempfehlung in der Diagnosegruppe „**Multilokuläre Schmerzen**“ in Abhängigkeit von der Biographie. (Fisher-Test: $p=0,037$)

Alle Diagnosegruppen

Bei positiver Biographie, also dem Nachweis besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, wurde eher eine Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (45,1%), als bei negativer Biographie (13,6%). Dieser Zusammenhang war hochsignifikant ($p=0,00101$)

Psychotherapieempfehlung	Biographie positiv	Biographie negativ	Summe
Nein	23% (54)	18,3% (43)	41,3% (97)
Ja	45,1% (106)	13,6% (32)	58,7% (138)
Total	68,1% (160)	31,9% (75)	100% (235)

Tabelle 62: Psychotherapieempfehlung in **allen Diagnosegruppe** in Abhängigkeit von der Biographie. (Fisher-Test: $p=0,00101$)

Eingangs- und Ausgangsdiagnosen

Bei den der Schmerzambulanz zugewiesenen Patienten konnten zum Zeitpunkt der Zuweisung insgesamt 606 Diagnosen (ICD-10) dem Überweisungs- oder Konsilschein entnommen werden. Die Anzahl der Diagnosen hatte sich nach der Behandlung in der Schmerzambulanz mehr als verdoppelt und betrug dann 1262.

Psychopathologische Diagnosen aus der ICD-10 Gruppe „F“ wurden neu gestellt und zeigen die Relevanz psychischer Störungen, die vorher nicht diagnostiziert worden waren und die bei diesen Patienten eine psychische Komorbidität anzeigen:

Neu diagnostiziert wurden:

1. bei 29 (12,3%) Patienten eine anhaltende somatoforme Störung
2. bei 22 (9,4%) Patienten eine nicht näher bezeichnete depressive Episode
3. bei 21 (8,9%) Patienten eine Somatisierungsstörung
4. bei 6 (2,6%) Patienten eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung
5. bei 6 (2,6%) Patienten Dysthymia
6. bei 5 (2,1%) Patienten eine sonstige depressive Episode
7. bei 5 (2,1%) Patienten eine generalisierte Angststörung
8. außerdem wurde 37 mal eine in der Tabelle 50 aufgeführte seltener vorkommende psychiatrische Diagnosen gestellt.

161 (60%) Patienten hatten mehrere der im einzelnen in der Tabelle 50 aufgeführten Ausgangsdiagnosen (die „anderen Codes“ wurden bei der Ermittlung der Patienten mit mehreren Diagnosen nicht berücksichtigt).

82 (34,9%) Patienten hatten eine psychische Komorbidität. Diese wurde fast ausnahmslos erst nach Zuweisung zur Schmerzambulanz diagnostiziert.

Ergebnisse

Eingangsd Diagnosen			Ausgangsd Diagnosen		
ICD-10	Diagnose	Häufigkeit	ICD-10	Diagnose	Häufigkeit
M54.4	Lumboischialgie	39,6% (93)	M54.4	Lumboischialgie	39,6% (93)
R52.2	Sonstiger chr. Schmerz	38,3% (90)	R52.2	Sonstiger chr. Schmerz	42,1% (99)
M54.5	Kreuzschmerz	8,9% (21)	M54.5	Kreuzschmerz	9,4% (22)
M53.1	Zervicobrachial-Syndrom	5,5% (13)	M53.1	Zervicobrachial-Syndrom	9,4% (22)
R51	Kopfschmerz	5,5% (13)	R51	Kopfschmerz	12,8% (30)
M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	4,7% (11)	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	8,1% (19)
M54.2	Zervicalneuralgie	4,3% (10)	M54.2	Zervicalneuralgie	11,5% (27)
M51.8	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden	3,4% (8)	M51.8	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden	11,1% (26)
F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung	0,9% (2)	F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung	4,3% (10)
G43.9	Migräne, nicht näher bezeichnet	0,9% (2)	G43.9	Migräne, nicht näher bezeichnet	2,6% (6)
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet	0,9% (2)	R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet	2,6% (6)
			I10	Essent. Hypertonie	13,6% (32)
			F45.4	Anhaltende Somatoforme Störung	12,3% (29)
			F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	9,4% (22)
			F45.0	Somatisierungsstörung	8,9% (21)
			F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	2,6% (6)
			F34.1	Dysthymia	2,6% (6)
			F32.8	Sonstige depressive Episoden	2,1% (5)
			F41.1	Generalisierte Angststörung	2,1% (5)
			F10.2	Abhängigkeitssyndrom (Alkohol)	0,9% (2)
			F13.2	Abhängigkeitssyndrom (Sedativa)	0,9% (2)
			F40.1	Soziale Phobien	0,9% (2)
			F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet	0,9% (2)
			F41.0	Panikstörung	1,3% (3)
			F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	0,9% (2)
			F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	0,9% (2)
			F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	0,9% (2)
			F48.8	Sonstige neurotische Störungen	0,9% (2)
			F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet	1,3% (3)
			F50.4	Eßattacken bei anderen psychischen Störungen	0,9% (2)
			F51.0	Nichtorganische Insomnie	0,9% (2)
			F52.2	Versagen genitaler Reaktionen	1,3% (3)
			F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	1,3% (3)
			F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet	1,3% (3)
			F69	nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0,9% (2)
andere Codes		56,8%(344)	andere Codes		57,9%(731)
Summe		100%(606)	Summe		100%(1262)

Tabelle 63: Eingangs- und Ausgangsdiagnosen in Prozent der Patienten (n)

Korrelationen

Stetige Variablen

In den verschiedenen Diagnosegruppen wurde mit dem Wilcoxon-Test für unverbundene Stichproben untersucht, ob verschiedene stetige Variablen (z. B. Alter, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Dauer der Schmerzanamnese) Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie haben.

Dichotome Variablen

Mit dem exakten Fisher-Test wurde der Einfluß dichotomer Variablen (z. B. Geschlecht, Biographie, psychotherapeutische Vorbehandlung, Überweisung zum psychotherapeutischen Konsil) auf die Empfehlung zur Psychotherapie untersucht.

Unter dem Begriff „Psychotherapie“ wird hier verstanden:

1. Methodenübergreifende Psychotherapie
2. Gesprächspsychotherapie
3. Verhaltenstherapie
4. Psychoanalyse oder
5. Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder Autogenes Training)

Die statistische Auswertung hat eingeschränkte Aussagekraft, weil es sich um eine retrospektive, rein deskriptive Datenanalyse handelt.

Diagnosegruppe 1 (Rückenschmerzen)

Stetige Variablen

In der Diagnosegruppe 1 (Rückenschmerzen) konnte mittels des Wilcoxon-Tests für unverbundene Stichproben nur für die stetigen Variablen „**Alter**“ (**p-Wert: 0,0131**) und „**Gerbershagen Achse IV**“ (**Patientenkarriere**) (**0,0032**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden. Mit einem p-Wert von 0,0564 war „Gerbershagen Achse I“ (Zeitliche Aspekte) gerade nicht signifikant (Tabelle 64).

Das bedeutet:

1. Den jüngeren Patienten (Patientenalter unterhalb des Medians) mit Rückenschmerzen wurde eher eine Psychotherapie empfohlen als den älteren.
2. Rückenschmerz-Patienten mit einem höheren Stadium der „Gerbershagen Achse IV“ (Patientenkarriere: Arztwechsel, stationäre Behandlung, schmerzbedingte Operationen, schmerzbedingte Reha-Maßnahmen) wurde eher eine Psychotherapie empfohlen als Patienten mit einem niedrigeren Stadium.
3. Der gleiche Zusammenhang betreffend „Gerbershagen Achse I“ (Zeitliche Aspekte: Dauer der Schmerzen, Intensitätswechsel der Schmerzen) war gerade nicht signifikant.

Diagnosegruppe 1: Rückenschmerzen		
Stetige Einflußvariable	Zielvariable: Psychotherapieempfehlung (Anzahl Patienten)	p-Wert (Wilcoxon- Test für unverbun- dene Stichproben)
Schulbildung	Ja (52) Nein (33)	0,3191
Schmerzanamnesedauer	Ja (68) Nein (47)	0,5097
Alter	Ja (69) Nein (49)	0,0131
Entfernung des Wohnortes	Ja (69) Nein (49)	0,1013
Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Ja (47) Nein (31)	0,1056
Gerbershagen Achse I (Zeitliche Aspekte)	Ja (69) Nein (49)	0,0564
Gerbershagen Achse II (Räumliche Aspekte)	Ja (69) Nein (49)	0,8525
Gerbershagen Achse III (Medik.-Einnahme-Verh.)	Ja (69) Nein (49)	0,8325
Gerbershagen Achse IV (Patientenkarriere)	Ja (69) Nein (49)	0,0032
Gerbershagen Gesamtstadium	Ja (69) Nein (49)	0,2431
Dauer der medikament. Vorbehandlung	Ja (69) Nein (48)	0,9102
Körpergröße	Ja (63) Nein (41)	0,5466

Tabelle 64: Diagnosegruppe 1 (Rückenschmerzen). Korrelation der stetigen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Diagnosegruppe 1 (Rückenschmerzen)

Dichotome Variablen

In der Diagnosegruppe 1 (Rückenschmerzen) konnte mittels des exakten Fisher-Tests nur für die dichotomen Variablen „Vorbehandlung durch Akupunktur“ (**p-Wert: 0,0000834**), „Vorbehandlung durch Neuraltherapie“ (**p-Wert: 0,014**) und „Überweisung zum psychosomatischen Konsil“ (**p-Wert: 0,00000469**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden. Mit einem p-Wert von 0,051 war „Psychotherapeutische Vorbehandlung“ gerade nicht signifikant (Tabelle 65).

Das bedeutet:

1. Rückenschmerz-Patienten, die mit Akupunktur vorbehandelt worden waren, wurde eher eine Psychotherapie empfohlen, als den nicht mit Akupunktur vorbehandelten Patienten.
2. Gleiches gilt für Vorbehandlung mit Neuraltherapie.
3. Der gleiche Zusammenhang mit psychotherapeutischer Vorbehandlung war gerade nicht signifikant.
4. Rückenschmerz-Patienten, die zur diagnostischen Abklärung ein psychotherapeutisches Konsil erhielten, wurden hochsignifikant öfter eine Psychotherapie empfohlen, als Patienten, die kein solches Konsil erhielten. Die konsiliarische Vorstellung der Patienten in der Klinik für Psychosomatik erfolgte mit dem Ziel, die psychischen Anteile einschließlich Komorbidität differentialdiagnostisch abklären zu lassen und in interdisziplinärer Zusammenarbeit die weitere Therapie einschließlich einer auszusprechenden Psychotherapie-Empfehlung festzulegen.
5. Patienten mit positiver Biographie wurden nicht gehäuft zur Psychotherapie empfohlen ($p=0,24$).

Diagnosegruppe 1: Rückenschmerz		
Zielvariable	Einflußvariable	p-Wert (ex. Fisher-Test)
Psychotherapieempfehlung	Biographie	0.240
Psychotherapieempfehlung	Konfession katholisch	0.687
Psychotherapieempfehlung	Konfession evangelisch	0.086
Psychotherapieempfehlung	Geschlecht	0.347
Psychotherapieempfehlung	Berentung	0.208
Psychotherapieempfehlung	Rentenbegehren	0.320
Psychotherapieempfehlung	Versicherungsanspruch	0.426
Psychotherapieempfehlung	Nicht-BtM-pflichtige Medikation	0.486
Psychotherapieempfehlung	Antipyretika-Medikation	0.262
Psychotherapieempfehlung	Psychopharmaka	0.229
Psychotherapieempfehlung	Psychotherap. Vorbehandlung	0.051
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Akupunktur	0.0000834
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Neuraltherapie	0.014
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Blockaden	0.097
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: TENS	0.141
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Manuelle Ther.	0.309
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Physikal. Ther.	0.195
Psychotherapieempfehlung	Psychosomatisches Konsil = ja	0.00000469

Tabelle 65: Diagnosegruppe 1 (Rückenschmerzen). Korrelation der dichotomen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Diagnosegruppe 2 (Multilokuläre Schmerzen)

Stetige Variablen

In der Diagnosegruppe 2 (Multilokuläre Schmerzen) konnte mittels des Wilcoxon-Tests für unverbundene Stichproben nur für die stetigen Variablen „Alter“ (**p-Wert: 0,0034**) und „Körpergröße“ (**p-Wert: 0,008**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden, das heißt jüngeren oder größeren Patienten wurde eher eine Psychotherapie empfohlen als älteren oder kleineren Patienten. Die Variable „Dauer der Arbeitsunfähigkeit“ war mit einem p-Wert von 0,0593 gerade nicht signifikant (Tabelle 66).

Das bedeutet:

1. Je größer (Körpergröße oberhalb des Medians) und je jünger (Alter unterhalb des Medians) Patienten mit Multilokulärem Schmerz waren, umso eher wurden ihnen eine Psychotherapie empfohlen.
2. Gerade nicht signifikant war die Beobachtung, daß Patienten mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten eher eine Psychotherapie empfohlen wurde.

Diagnosegruppe 2: Multilokuläre Schmerzen		
Stetige Einflußvariable	Zielvariable: Psychotherapieempfehlung (Anzahl Patienten)	p-Wert (Wilcoxon- Test für unverbun- dene Stichproben)
Schulbildung	Ja (55) Nein (29)	0,2899
Schmerzanamnesedauer	Ja (60) Nein (31)	0,4126
Alter	Ja (60) Nein (31)	0,0034
Entfernung des Wohnortes	Ja (60) Nein (31)	0,2899
Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Ja (35) Nein (18)	0,0593
Gerbershagen Achse I	Ja (60) Nein (31)	0,5183
Gerbershagen Achse II	Ja (60) Nein (31)	0,2392
Gerbershagen Achse III	Ja (60) Nein (31)	0,1335
Gerbershagen Achse IV	Ja (60) Nein (31)	0,6335
Gerbershagen Gesamtsta- dium	Ja (60) Nein (31)	0,8394
Dauer der medikament. Vorbehandlung	Ja (60) Nein (31)	0,1020
Körpergröße	Ja (54) Nein (24)	0,0080

Tabelle 66: Diagnosegruppe 2 (Multilokuläre Schmerzen). Korrelation der stetigen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Diagnosegruppe 2 (Multilokuläre Schmerzen)

Dichotome Variablen

In der Diagnosegruppe 2 (Multilokuläre Schmerzen) konnte mittels des exakten Fisher-Tests nur für die dichotomen Variablen „Biographie“ (**p-Wert: 0,037**), „Psychotherapeutische Vorbehandlung“ (**p-Wert: 0,016**) und „Überweisung zum psychosomatischen Konsil“ (**p-Wert: 0,0000524**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden (Tabelle 67).

Das bedeutet:

1. Patienten mit multilokulären Schmerzen, die biographische Besonderheiten aufwiesen, wurde eher eine Psychotherapie empfohlen, als Patienten ohne solche Besonderheiten.
2. Patienten mit psychotherapeutischer Vorbehandlung wurde eher eine Psychotherapie empfohlen.
3. Patienten, die ein psychotherapeutisches Konsil erhielten, wurde eher eine Psychotherapie empfohlen. Die konsiliarische Vorstellung der Patienten in der Klinik für Psychosomatik erfolgte mit dem Ziel, die psychischen Anteile einschließlich Komorbidität differentialdiagnostisch abklären zu lassen und in interdisziplinärer Zusammenarbeit die weitere Therapie einschließlich einer auszusprechenden Psychotherapie-Empfehlung festzulegen.

Diagnosegruppe 2: Multilokuläre Schmerzen		
Zielvariable	Einflußvariable	p-Wert (ex. Fisher-Test)
Psychotherapieempfehlung	Biographie	0.037
Psychotherapieempfehlung	Konfession katholisch	0.312
Psychotherapieempfehlung	Konfession evangelisch	0.640
Psychotherapieempfehlung	Geschlecht	0.511
Psychotherapieempfehlung	Berentung	0.066
Psychotherapieempfehlung	Rentenbegehren	1.000
Psychotherapieempfehlung	Versicherungsanspruch	1.000
Psychotherapieempfehlung	Nicht-BtM-pflichtige Medikation	0.757
Psychotherapieempfehlung	Antipyretika-Medikation	0.123
Psychotherapieempfehlung	Psychopharmaka	1.000
Psychotherapieempfehlung	Psychotherap. Vorbehandlung	0.016
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Akupunktur	1.000
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Neuraltherapie	0.618
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Blockaden	1.000
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: TENS	0.310
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Manuelle Ther.	0.337
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Physikal. Ther.	0.742
Psychotherapieempfehlung	Psychosomatisches Konsil = ja	0.0000524

Tabelle 67: Diagnosegruppe 2 (Multilokuläre Schmerzen). Korrelation der dichotomen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Diagnosegruppe 3 (Morbus Sudeck, SRD)

Stetige Variablen

In der Diagnosegruppe 2 (M. Sudeck, SRD) konnte mittels des Wilcoxon-Tests für unverbundene Stichproben nur für die stetigen Variablen „Gerbershagen Achse IV“ (**p-Wert: 0,0210**), „Gerbershagen Gesamtstadium“ (**p-Wert: 0,0412**) und „Dauer der medikamentösen Vorbehandlung“ (**p-Wert: 0,0421**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden (Tabelle 68).

Das bedeutet:

1. Patienten mit M. Sudeck mit einem höheren Stadium der „Gerbershagen Achse IV“ (Patientenkarriere) wurde eher eine Psychotherapie empfohlen.
2. Der gleiche Zusammenhang zeigte sich für das „Gesamtstadium nach Gerbershagen“.
3. Je länger ein Patient mit M. Sudeck medikamentös vorbehandelt worden war, umso eher wurde eine Psychotherapie empfohlen.

Diagnosegruppe 3: Morbus Sudeck, SRD		
Stetige Einflußvariable	Zielvariable: Psychotherapieempfehlung (Anzahl Patienten)	p-Wert (Wilcoxon- Test für unverbun- dene Stichproben)
Schulbildung	Ja (4) Nein (6)	1,0000
Schmerzanamnesedauer	Ja (6) Nein (16)	0,0955
Alter	Ja (6) Nein (16)	0,8248
Entfernung des Wohnortes	Ja (6) Nein (16)	0,0678
Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Ja (4) Nein (15)	0,7588
Gerbershagen Achse I (Zeitliche Aspekte)	Ja (6) Nein (16)	0,3719
Gerbershagen Achse II (Räumliche Aspekte)	Ja (6) Nein (16)	0,4601
Gerbershagen Achse III (Medik.-Einnahme-Verh.)	Ja (6) Nein (16)	0,1309
Gerbershagen Achse IV (Patientenkarriere)	Ja (6) Nein (16)	0,0210
Gerbershagen Gesamtsta- dium	Ja (6) Nein (16)	0,0412
Dauer der medikament. Vorbehandlung	Ja (6) Nein (16)	0,0421
Körpergröße	Ja (4) Nein (10)	0,3217

Tabelle 68: Diagnosegruppe 3 (M. Sudeck). Korrelation der stetigen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Diagnosegruppe 3 (Morbus Sudeck, SRD)

Dichotome Variablen

In der Diagnosegruppe 3 (M. Sudeck, SRD) konnte mittels des exakten Fisher-Tests nur für die dichotomen Variablen „TENS“ (**p-Wert: 0,018**), „Antipyretika (Vorbehandlung)“ (**p-Wert: 0,022**) und „Biographie“ (**p-Wert: 0,012**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden (Tabelle 69).

Das bedeutet:

1. Patienten mit M. Sudeck, die mit Antipyretika oder TENS vorbehandelt worden waren, erhielten eher eine Empfehlung zur Psychotherapie, als Patienten ohne solche Vorbehandlung.
2. Patienten, die biographische Besonderheiten aufwiesen, wurde eher eine Psychotherapie empfohlen, als Patienten ohne solche Besonderheiten.

Diagnosegruppe 3: M.Sudeck (RSD)		
Zielvariable	Einflußvariable	p-Wert (ex. Fisher-Test)
Psychotherapieempfehlung	Biographie	0.012
Psychotherapieempfehlung	Konfession	0.293
Psychotherapieempfehlung	Geschlecht	0.149
Psychotherapieempfehlung	Berentung	0.541
Psychotherapieempfehlung	Versicherungsanspruch	1.000
Psychotherapieempfehlung	Nicht-BtM-pflichtige Medikation	0.311
Psychotherapieempfehlung	Antipyretika-Medikation	0.022
Psychotherapieempfehlung	Psychopharmaka	0.100
Psychotherapieempfehlung	Psychotherap. Vorbehandlung	0.263
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Neuraltherapie	0.083
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Blockaden	0.312
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: TENS	0.018
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Physikal. Ther.	0.348
Psychotherapieempfehlung	Psychosomatisches Konsil = ja	0.518

Tabelle 69: Diagnosegruppe 3 (M. Sudeck). Korrelation der dichotomen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Diagnosegruppe 4 (Phantomschmerz)

Stetige Variablen

In der Diagnosegruppe 4 (Phantomschmerz) konnte mittels des Wilcoxon-Tests für unverbundene Stichproben für **keine** stetige Variable ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden (Tabelle 70).

Das könnte an der geringen Anzahl eingeschlossener Patienten liegen.

Diagnosegruppe 4: Phantomschmerz		
Stetige Einflußvariable	Zielvariable: Psychotherapieempfehlung (Anzahl Patienten)	p-Wert (Wilcoxon- Test für unverbun- dene Stichproben)
Schulbildung	Ja (3) Nein (3)	0,5050
Schmerzanamnesedauer	Ja (3) Nein (4)	0,7188
Alter	Ja (3) Nein (4)	0,3768
Entfernung des Wohnortes	Ja (3) Nein (4)	0,3543
Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Ja (2) Nein (3)	1,0000
Gerbershagen Achse I (Zeitliche Aspekte)	Ja (3) Nein (4)	0,1947
Gerbershagen Achse II (Räumliche Aspekte)	Ja (3) Nein (4)	0,3865
Gerbershagen Achse III (Medik.-Einnahme-Verh.)	Ja (3) Nein (4)	0,1147
Gerbershagen Achse IV (Patientenkarriere)	Ja (3) Nein (4)	0,3590
Gerbershagen Gesamtsta- dium	Ja (3) Nein (4)	0,5668
Dauer der medikament. Vorbehandlung	Ja (3) Nein (4)	0,5857
Körpergröße	Ja (2) Nein (4)	0,1588

Tabelle 70: Diagnosegruppe 4 (Phantomschmerz). Korrelation der stetigen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Diagnosegruppe 4 (Phantomschmerz)

Dichotome Variablen

In der Diagnosegruppe 4 (Phantomschmerz) konnte mittels des exakten Fisher-Tests für **keine** dichotomen Variablen ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie nachgewiesen werden (Tabelle 71).

Das könnte an der geringen Anzahl eingeschlossener Patienten liegen.

Diagnosegruppe 4: Phantomschmerz		
Zielvariable	Einflußvariable	p-Wert (ex. Fisher-Test)
Psychotherapieempfehlung	Biographie	1.000
Psychotherapieempfehlung	Konfession	0.600
Psychotherapieempfehlung	Geschlecht	1.000
Psychotherapieempfehlung	Berentung	1.000
Psychotherapieempfehlung	Nicht-BtM-pflichtige Medikation	0.143
Psychotherapieempfehlung	Antipyretika-Medikation	0.657
Psychotherapieempfehlung	Psychopharmaka	1.000
Psychotherapieempfehlung	Psychotherap. Vorbehandlung	0.486
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Neuraltherapie	1.000
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Blockaden	0.600
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: TENS	1.000
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Physikal. Ther.	0.400
Psychotherapieempfehlung	Psychosomatisches Konsil = ja	0.486

Tabelle 71: Diagnosegruppe 4 (Phantomschmerz). Korrelation der stetigen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Alle Diagnosegruppen (zusammengenommen)

Stetige Variablen

Hier konnte mittels des Wilcoxon-Tests für unverbundene Stichproben für die stetigen Variablen „Schmerzanamnesedauer“ (**p-Wert: 0,0046**), „Alter“ (**p-Wert: 0,0016**), „Entfernung des Wohnortes von der Schmerzambulanz“ (**p-Wert: 0,0035**), „Dauer der Arbeitsunfähigkeit“ (**p-Wert: 0,0011**), „Gerbershagen Achse I“ (**p-Wert: 0,0332**), „Gerbershagen Achse II“ (**p-Wert: 0,0064**), „Gerbershagen Achse IV“ (**p-Wert: 0,0001**) und „Gerbershagen Gesamtstadium“ (**p-Wert: 0,0014**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie bei allen eingeschlossenen 270 Patienten nachgewiesen werden (Tabelle 72). Nicht bei allen Patienten waren alle Parameter zu erheben.

Das bedeutet, daß Psychotherapie empfohlen wurde,

1. je länger eine der untersuchten Schmerzerkrankungen bestand,
2. je jünger die Patienten waren,
3. je näher sie an der Schmerzambulanz wohnten,
4. je länger sie arbeitsunfähig waren und
5. je höher das Stadium der „Gerbershagen Achse I“ (Zeitliche Aspekte) war,
6. je höher das Stadium der „Gerbershagen Achse II“ (Räumliche Aspekte) war,
7. je höher das Stadium der „Gerbershagen Achse IV“ (Patientenkarriere) war,
8. je höher das Stadium der „Gerbershagen Achse Gesamt“ war.

Alle Diagnosegruppen (Stetige Variablen)		
Stetige Einflußvariable	Zielvariable: Psychotherapieempfehlung (Anzahl Patienten)	p-Wert (Wilcoxon- Test für unverbun- dene Stichproben)
Schulbildung	Ja (119) Nein (88)	0,0661
Schmerzanamnesedauer	Ja (142) Nein (123)	0,0046
Alter	Ja (144) Nein (125)	0,0016
Entfernung des Wohnortes	Ja (144) Nein (124)	0,0035
Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Ja (91) Nein (81)	0,0011
Gerbershagen Achse I	Ja (143) Nein (124)	0,0332
Gerbershagen Achse II	Ja (143) Nein (124)	0,0064
Gerbershagen Achse III	Ja (143) Nein (124)	0,9877
Gerbershagen Achse IV	Ja (143) Nein (124)	0,0001
Gerbershagen Gesamtsta- dium	Ja (143) Nein (124)	0,0014
Dauer der medikament. Vor- behandlung	Ja (143) Nein (123)	0,5160
Körpergröße	Ja (128) Nein (99)	0,3140

Tabelle 72: Alle Diagnosegruppen: Korrelation der stetigen Variablen mit dem Zielpa-
rameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Dichotome Variablen

In allen Diagnosegruppen konnte mittels des exakten Fisher-Tests für die dichotomen Variablen „Biographie“ (**p-Wert: 0,00101**), „Berentung“ (**p-Wert: 0,033**), „Vorbehandlung durch Psychotherapie“ (**p-Wert: 0,000135**), „Vorbehandlung durch Akupunktur“ (**p-Wert: 0,00219**), „Vorbehandlung durch Neuraltherapie“ (**p-Wert: 0,00317**), „Vorbehandlung durch TENS“ (**p-Wert: 0,0097**) und „Überweisung zum psychosomatischen Konsil“ (**p-Wert: 0,0000000012**) ein signifikanter Einfluß auf die Empfehlung zur Psychotherapie bei allen eingeschlossenen 270 Patienten nachgewiesen werden (Tabelle 73). Nicht bei allen Patienten waren alle Parameter zu erheben.

Mit einem **p-Wert von 0,055** waren „Versicherungsanspruch“ und „Vorbehandlung durch Nervenblockaden“ (p-Wert: 0,056) und „Vorbehandlung durch Manuelle Therapie“ (**p-Wert: 0,051**) gerade nicht signifikant (Tabelle 73).

Das bedeutet:

1. Fanden sich biographische Besonderheiten bei Patienten mit einer der untersuchten Schmerzerkrankung wurde eher eine Psychotherapie empfohlen.
2. Nicht berenteten Patienten wurde eher eine Psychotherapie empfohlen als berenteten Patienten.
3. Vorbehandlung durch Psychotherapie oder Akupunktur oder Neuraltherapie oder TENS vor Aufnahme in die Schmerzambulanz führte ebenfalls eher zu einer Psychotherapie-Empfehlung.
4. Gerade nicht signifikant war dieser Zusammenhang bei Vorbehandlung durch Nervenblockaden oder Manuelle Therapie.
5. Patienten, die ein psychosomatisches Konsil erhielten, wurde eher eine Psychotherapie empfohlen.

Alle Diagnosegruppen (Dichotome Variablen)		
Zielvariable	Einflußvariable	p-Wert (exakter Fisher-Test)
Psychotherapieempfehlung	Biographie	0.00101
Psychotherapieempfehlung	Konfession katholisch	0.189
Psychotherapieempfehlung	Konfession evangelisch	0.101
Psychotherapieempfehlung	Geschlecht	0.427
Psychotherapieempfehlung	Berentung	0.033
Psychotherapieempfehlung	Rentenbegehren	0.151
Psychotherapieempfehlung	Versicherungsanspruch	0.055
Psychotherapieempfehlung	Nicht-BtM-pflichtige Medikation	0.404
Psychotherapieempfehlung	Antipyretika-Medikation	1.000
Psychotherapieempfehlung	Psychopharmaka	0.252
Psychotherapieempfehlung	Psychotherap. Vorbehandlung	0.000135
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Akupunktur	0.00219
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Neuraltherapie	0.00317
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Blockaden	0.056
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: TENS	0.0097
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Manuelle Ther.	0.051
Psychotherapieempfehlung	Vorbehandlung: Physikal. Ther.	0.151
Psychotherapieempfehlung	Psychosomatisches Konsil = ja	0.0000000012

Tabelle 73: Alle Diagnosegruppen: Korrelation der dichotomen Variablen mit dem Zielparameter „Empfehlung zur Psychotherapie“

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß infolge der konsiliarischen Einschätzung seitens der Klinik für Psychosomatik und der interdisziplinären Therapiekonzeption zusätzlich zu anderen Therapiemöglichkeiten eine Psychotherapie im weitesten Sinne empfohlen. Die anderen Therapiearten, zu denen TENS, Akupunktur, Medikamente oder Physiotherapie gehörten, wurden bisher nicht analysiert.

Eine Psychotherapie im weitesten Sinn empfohlen wurde

1. je **länger** eine der untersuchten Schmerzerkrankungen bestand,
2. je **jünger** die Patienten waren,
3. je **näher** sie an der Schmerzambulanz wohnten,
4. je länger sie **arbeitsunfähig** waren und
5. je höher das Stadium der „**Gerbershagen Achse I**“ (Zeitliche Aspekte) war,
6. je höher das Stadium der „**Gerbershagen Achse II**“ (Räumliche Aspekte) war,
7. je höher das Stadium der „**Gerbershagen Achse IV**“ (Patientenkarriere) war,
8. je höher das Stadium der „**Gerbershagen Achse Gesamt**“ war,
9. falls sich **biographische Besonderheiten** bei Patienten mit einer der untersuchten Schmerzerkrankung fanden,
10. falls Patienten **nicht berentet** waren,
11. falls eine **Vorbehandlung** durch **Psychotherapie** oder **Akupunktur** oder **Neuraltherapie** oder **TENS** durchgeführt worden war, (gerade nicht signifikant war dieser Zusammenhang bei Vorbehandlung durch Nervenblockaden oder Manuelle Therapie).

Logistische Regressionsanalyse

Die Regressionsanalyse dient zur Analyse des Zusammenhanges zwischen einer abhängigen dichotomen Zielvariable und einer oder mehreren unabhängigen Variablen, welche die abhängige Variable beeinflussen.

Bei der logistischen Regressionsanalyse im Rahmen dieser Arbeit wurde untersucht, ob ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang besteht zwischen der Zielvariablen „Psychotherapie empfohlen“ und demographischen und medizinischen Parametern. Die nicht unerhebliche Zahl gefundener signifikanter Korrelationen von Einzelparametern und der Zielvariable ließ vermuten, daß auch eine logistische Regressionsanalyse, die alle oder einige dieser Einzelparameter einschließt, zu bedeutsamen Ergebnissen führen könnte.

Die sodann durchgeführten Berechnungen erfolgten durch mehrere schrittweise logistische Regressionsanalysen. Bei dem schrittweisen Hinzufügen, bzw. Entfernen von Variablen wird die jeweilige Güte des Modells durch die Veränderung des Chi-Quadrat-Wertes als Maß für die Qualität der Vorhersagewahrscheinlichkeit angezeigt. Somit wurden jeweils diejenigen Faktoren mit den jeweils optimalen Werten ausgewählt und in das Modell aufgenommen.

Keine der durchgeführten logistischen Regressionsanalysen ergab für die geprüften Variablen eine signifikante Vorhersagewahrscheinlichkeit, weil zu viele Daten fehlten, daß heißt, daß zu viele Variablensätze unbesetzt waren. Dies soll nachfolgend dargestellt werden.

Im Anhang finden sich aufbereitete Rohdaten in Form einer Tabelle.

Diskussion

Die Untersuchung konzentrierte sich hauptsächlich auf epidemiologische, demographische, biographische und medizinische Variablen und beschreibt die Population der Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie in Mainz hinsichtlich bestimmter Einschlußdiagnosen und nach bestimmten Variablen der Vorbehandlung und der Patientenkarriere, sowie der in der Schmerzambulanz festgestellten Empfehlung zur weiteren Behandlung, insbesondere der Empfehlung zur Psychotherapie. Dazu wurden retrospektiv die abgeschlossenen Patientenakten ausgewertet.

Vor der Diskussion der erhobenen Daten soll eine kritische Bewertung zu deren Erhebung erfolgen.

Bewertung der Methode

Die Untersuchung hatte das grundsätzliche Problem einer jeden retrospektiven Analyse. Nicht alle Krankenakten, die zur Auswertung kamen, waren vollständig. Bei etwa zwei Drittel der Krankenakten waren der Fragebogen „Strukturierte Biographische Anamnese für Schmerzpatienten“ (SBAS) und der Fragebogen „Soziographische Daten“ (SVOR) nicht vorhanden, bei etwa der Hälfte der Akten fehlte ein abschließender Arztbrief, bei anderen Akten wiederum fehlten Angaben zur Anamnese oder andere Details.

So waren nur bei etwa jedem dritten Patienten alle Parameter einer Auswahl von 22 wichtigen Parametern komplett besetzt, d. h. bei zwei Drittel konnte mindestens ein wichtiger Parameter der Akte nicht entnommen werden, wie die folgende Tabelle zeigt.

Deshalb sind die prozentualen Ausrechnungen von Häufigkeiten eingeschränkt verwertbar, und eine logistische Regressionsanalyse zur Ermittlung von Einflüssen auf die Empfehlung zur Psychotherapie war nicht sinnvoll.

Einige statistische Überprüfungen wurden dennoch durchgeführt, um zu einer Minimalaussage zu möglichen Korrelationen verschiedener Faktoren hinsichtlich der Psychotherapie-Empfehlung zu gelangen. Wie alle nicht prospektiv, sondern retrospektiv erhobenen Daten, können diese nur deskriptive Aussagen zulassen. Schluß-

Schlußfolgerungen zur Beantwortung gestellter Fragen dürfen nur vorsichtig gezogen werden.

Parameter	Fehlende Daten (Missing Data) %(n)
Entfernung (des Patientenwohnortes von der Schmerzambulanz)	0,7% (2)
Geschlecht	0,7% (2)
Nationalität	1,1% (3)
Krankenkasse	0,7% (2)
Alter	0,4% (1)
Konfession	7,4% (20)
Familienstatus	2,6% (7)
Biographie	0,7% (2)
Schulbildung	23,2% (63)
Kontaktdauer (Behandlungsdauer in der Schmerzambulanz)	1,1% (3)
Dauer der Schmerzanamnese	1,8% (5)
Diagnosegruppe	0,4% (1)
IASP Achse	0,4% (1)
IASP Achse 2	0,4% (1)
IASP Achse 3	0,4% (1)
IASP Achse 4	0,4% (1)
IASP Achse 5	0,4% (1)
Zuweiser	0,7% (2)
Arbeitsunfähigkeitszeiten, schmerzbed.	36,2% (98)
Berentung	8,1% (22)
Rentenanspruch, -begehren	14,4% (39)
Versicherungsanspruch, -begehren	13,7% (37)

Tabelle 74: Fehlende Daten in Prozent (n). Es gab nur 97 (35,9%) Patienten, bei denen **alle** Parameter dieser Tabelle komplett erhoben werden konnten.

Andererseits waren in den meisten Akten die Angaben zum IASP-Diagnoseschlüssel vorhanden, nur bei einem kleinen Teil mußte nachcodiert werden.

Einige der im Krankenblatt vorgefundenen Diagnosen waren bereits nach ICD-10 codiert, die restlichen Diagnosen (ca. 90%) wurden vom Autor nachcodiert und - wie alle anderen relevanten Daten - elektronisch erfaßt.

Der Vergleich mit anderen Studien wird erschwert durch die Tatsache, daß es keine Populationsdarstellung wie in der vorliegenden Studie gibt, sieht man von der Studie

von Nickel (1992) ab, der ebenfalls nach ähnlichen Kriterien eine Population der oben genannten Ambulanz untersuchte. Deshalb kann seine Untersuchung auch bevorzugt zu Vergleichen mit den vorliegenden Ergebnissen herangezogen werden.

Diskussion der Ergebnisse

Allgemeindemographische Parameter

Geschlecht

Wie von anderen Autoren konnte auch hier ein überwiegender Anteil des weiblichen Geschlechts gefunden werden.

Von den untersuchten und auswertbaren Patienten (n=235) waren 131 (55,7%) weiblich und 104 (44,3%) männlich. Es deckt sich auch mit dem Ergebnis von Nickel (1992), der in seiner Untersuchung insgesamt 58,3% Frauen und 41,7% Männer fand und mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen, die ein leichtes bis deutliches Überwiegen von Frauen bei Patienten mit chronischen Schmerzen fanden (Papageorgiou et al., 1996).

Wolfe et al. (1995), Hausotter (1998) und Rautenstrauch (2000) fanden ein starkes Überwiegen von Frauen (6-10 mal häufiger als Männer) innerhalb der Fibromyalgie Patienten, Zenz (1995) beschreibt ein Überwiegen von Frauen um den Faktor 2-3. Daß dieses Geschlechtsverhältnis in der vorliegenden Arbeit nicht so ausgeprägt in der Diagnosegruppe „Multilokulärer Schmerz“ ausfiel, dürfte daran liegen, daß diese Diagnosegruppe hier nicht nur Patienten mit Fibromyalgie einschloss, sondern auch andere Diagnosen.

Alter

Auch die Altersverteilung stimmt mit anderen Autoren überein (Gralow, 2000; Hildebrandt et al.; 1996; Zimmermann & Seemann, 1986)

Die Altersverteilung zeigte, daß die meisten Patienten im besten Berufsalter waren (der Median lag bei 50 Jahren), besonders die Patienten mit Rückenschmerz, Multilokulärem Schmerz und M. Sudeck. Hier fanden sich je 25% bei 40 Jahren (Rückenschmerz und Multilokulärer Schmerz) und bei 30 Jahren (M. Sudeck).

Mit diesem Befund verbunden ist die hochgradige ökonomische Belastung durch chronische Schmerzen für die Volkswirtschaft. Patienten sind aufgrund ihrer ständi-

ständigen Schmerzen im Arbeitsprozess nicht vollständig einsetzbar, sie fallen durch Arbeitsunfähigkeit, längere Behandlungen im Krankenhaus oder durch Rehabilitationsmaßnahmen aus. Den Zusammenhang haben Hildebrand et al. (1996) und Grawlow (2000) beleuchtet.

Konfession

Bei der Religionszugehörigkeit fanden sich 44,3% Protestanten, 32,7% Katholiken, 3% Muslime und 13,2% Angehörige sonstige Konfessionen (oder Konfessionslose), was sich in der Tendenz mit den Resultaten von Nickel (1992) deckt, der 44,4% Protestanten, 41,3% Katholiken und 14,3% Sonstige fand.

Bei 6,8% Patienten waren allerdings bei der vorliegenden Studie Angaben zur Konfession der Akte nicht zu entnehmen.

Die Bedeutung der Konfession für chronische Schmerzen ist fraglich. Von anderen Autoren wurde allerdings diskutiert, daß der Katholizismus eher dazu prädestinieren könnte, mit körperlichen Symptomen im Sinne einer Konversion zu reagieren (Nickel, 1992).

Entfernung des Wohnortes

Die Entfernung des Wohnortes könnte einen Einfluß auf die Empfehlung zur *ambulant* oder *stationären* Psychotherapie gehabt haben.

Die mittlere Entfernung für die mit Abstand am stärksten besetzten Diagnosegruppen „Rückenschmerz“ und „Multilokulärer Schmerz“ lag bei 35 km, für Patienten mit M. Sudeck bei 19 km und für Patienten mit Phantomschmerz bei 58 km. Das bedeutet, daß die meisten Patienten in einem relativ nahem Raum zur Schmerzambulanz wohnten, was jedoch nur im Zusammenhang mit einem eigenen Fahrzeug eine Schmerztherapie ohne aufwendige Fahrzeit bedeutet. Mit einem öffentlichen Verkehrsmittel muß man längere Anfahrten annehmen, wie dies schon von Nickel 1992 analysiert wurde. Bei ihm benötigten 97,2% der Patienten mehr als eine Stunde für die Anfahrt, mit einem Schwerpunkt (72,8%) bei 1-2 Stunden.

Schulbildung

Auch von anderen Autoren (Blumer & Heilbronn, 1982; Tauschke et al., 1990) wurde gefunden, daß Patienten mit chronischen Schmerzen überwiegend nicht aus Schulen mit Gymnasialabschluss, sondern eher aus denen mit Hauptschulabschluss kommen. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen von Nickel (1992), der bei fast zwei Drittel aller Patienten den Besuch der Volksschule (mit oder ohne Abschluss) feststellte. Nur relativ wenige Patienten mit chronischen Schmerzen haben die Hochschulreife oder einen Hochschulabschluss. Rückschlüsse auf die Entstehung chronischer Schmerzen sind jedoch nicht zulässig.

Medizinische Parameter

Wichtiger als diese demographischen Befunde erscheinen die erhobenen Parameter zu Schmerzdauer, Diagnose und Beschwerdebild, IASP-Klassifikation, Stadieneinteilung nach Gerbershagen und Biographie.

Diese sollen im folgenden diskutiert werden.

Schmerzdauer

80% der Patienten litten bei Aufnahme in die Schmerzambulanz bereits seit über 1 Jahr an Schmerzen, davon die Hälfte seit über 10 Jahren. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Nickel (1992), Seres et al. (1981) und Dworkin et al. (1990), die neben vielen anderen Autoren die Problematik der unzureichenden und vor allem nicht rechtzeitigen Therapie der Schmerzerkrankung aufdecken. Daraus resultieren die lange Anamnesedauer, was u.a. letztlich auch in einer immer geringer werdenden Erfolgsaussicht zur Heilung mündet (Gerbershagen, 1986; Hildebrandt et al. 1997).

Diagnose und Beschwerdebild

Die **Rangliste** der in der eigenen Untersuchung erhobenen Diagnosen stellt sich so dar, daß Patienten mit Rücken- und multilokulären Schmerzen den größten Anteil stellten (88,5%):

1. 117 (49,8%) der Patienten litten an Rückenschmerzen,
2. 91 (38,7%) an Multilokulären Schmerzen,
3. 20 (8,5%) an Morbus Sudeck (SRD) und
4. 7 (3%) Patienten an Phantomschmerzen.

Besonderes Augenmerk wurde auf die Einweisungsdiagnosen und die im Verlauf der Diagnostik in der Schmerzambulanz gestellten weiteren Diagnosen gerichtet.

So konnten zum Zeitpunkt der **Aufnahme** in die Schmerzambulanz bei den 235 Patienten insgesamt 606 Diagnosen den Einweisungs- oder Zuweisungsscheinen entnommen werden, davon etwas mehr als die Hälfte (344) schmerzbezogene Diagnosen:

1. M 54.4 (ICD-10): Lumboischialgie; 39,6%
2. R52.2: Sonstiger chronischer Schmerz: 38,3%
3. M54.5: Kreuzschmerz: 8,9%
4. M53.1: Zervicobrachial-Syndrom: 5,5%
5. R51: Kopfschmerz: 5,5%
6. M54.6: Schmerzen im Bereich der BWS: 4,7%
7. M54.2: Zervicalneuralgie: 4,3%
8. M51.8: Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden: 3,4%
9. F41.9: Nicht näher bezeichnete Angststörung: 0,9%
(Als einzige psychiatrische Eingangsdiagnose!)
10. G43.9: Migräne, nicht näher bezeichnet
11. R52.9: Schmerz, nicht näher bezeichnet

Im Mittel wurden somit etwa 1,5 Schmerzdiagnosen pro Patient erhoben.

Durch Anamneseerhebung, Untersuchung und konsiliarische Untersuchung konnten während der Behandlung in der Schmerzambulanz insgesamt 1262 Diagnosen, davon etwa 60% schmerzbezogene Diagnosen, erhoben werden. Es konnten natürlich **mehrere** Diagnosen pro Patient erhoben werden.

Hierbei fiel auf, daß das prozentuale Vorkommen einiger Diagnosen erheblich zunahm, so z.B. im Bereich der Wirbelsäule einschließlich Halswirbelsäule und Brust-

Brustwirbelsäule, sowie Kopfschmerzen. Auch zuvor nicht bekannte Angststörungen wurden ermittelt.

ICD-10 (Diagnose)	Anteil der Diagnose bei Patientenaufnahme	Anteil der Diagnose bei Entlassung	Veränderung (in Prozent)
M 54.4 (Lumboischialgie)	39,6%	39,6%	0%
R52.2 (Sonstiger chronischer Schmerz)	38,3%	42,1%	+9,9%
M54.5 (Kreuzschmerz)	8,9%	9,4%	+5,6%
M53.1 (Zervicobrachial-Syndrom)	5,5%	9,4%	+70,9%
R51 (Kopfschmerz)	5,5%	12,8%	+132,7%
M54.6 (Schmerzen im Bereich der BWS)	4,7%	8,1%	+72,3%
M54.2 (Zervicalneuralgie)	4,3%	11,5%	+167,4%
M51.8 (Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden)	3,4%	11,1%	+226,5%
F41.9 (Nicht näher bezeichnete Angststörung)	0,9%	4,3%	+377,8%
G43.9 (Migräne, nicht näher bezeichnet)	0,9%	2,6%	+188,9%
R52.9 (Schmerz, nicht näher bezeichnet)	0,9%	2,6%	+188,9%

Tabelle 75: Häufige schmerzbezogene Diagnosen (Mehrfachnennungen bei einem Patienten waren möglich) und deren prozentuales Vorkommen an allen Diagnosen bei Aufnahme in die Schmerzambulanz und bei Entlassung aus der Schmerzambulanz, sowie deren jeweilige Veränderung in Prozent.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß 137 psychiatrische Diagnosen (inkl. „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren“ im Sinne der ICD-10) **neu** gestellt werden konnten, darunter waren am häufigsten:

1. F45.4: Anhaltende Somatoforme Störung: 12,3%
2. F32.9: Depressive Episode, nicht näher bezeichnet: 9,4%
3. F45.0: Somatisierungstörung: 8,9%
4. F45.9: Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung: 2,6%
5. F34.1: Dysthymia: 2,6%
6. F32.8: Sonstige depressive Episode: 2,1%
7. F41.1: Generalisierte Angststörung: 2,1%
8. Außerdem wurde 37 mal verschiedene seltener vorkommende psychiatrische Diagnosen gestellt.

82 (34,9%) Patienten hatten eine psychische Komorbidität. Diese wurde fast ausnahmslos erst nach Zuweisung zur Schmerzambulanz diagnostiziert. Das bedeutet, daß bei rund einem Drittel der zugewiesenen Patienten mit chronischem Schmerzen eine bis dahin nicht erkannte, also auch nicht behandelte psychische Komorbidität bestand. Dies hat erst einmal nichts mit dem Begriff der psychogenen Schmerzen zu tun. Psychische Komorbidität bedeutet vor allem, daß es zusätzlich zu somatischen Befunden erhebliche psychische Erkrankungen gibt, die den Verlauf der Schmerzerkrankung und die Therapiechancen prägen. Werden sie nicht erkannt, stellen sie einen wesentlichen Chronifizierungsfaktor (Egle & Nickel, 1998) dar. Zur psychischen Komorbidität gehören Angst- und Persönlichkeitsstörungen, die somatoforme Schmerzstörung, psychische Abhängigkeit sowie einige psychiatrische Erkrankungen wie die Major Depression.

Auch von anderen Autoren wurde der psychischen Komorbidität besondere Aufmerksamkeit zuteil, sie fanden einen gegenüber der Normalbevölkerung überrepräsentierten Anteil bei einigen chronischen Schmerzerkrankungen wie Rückenschmerzen (Gralow, 2000; Heger, 1999; Gatchel et al., 1994; Polatin et al., 1993), multilokulären Schmerzen (Dworkin et al., 1990) einschließlich der Fibromyalgie (Egle, 1999) oder der somatoformen Schmerzstörung (Egle, 2000). Besonders aufschlußreich ist, daß die Patienten mit Rückenschmerzen **und** einer psychischen Komorbidität eine gleich

psychischen Komorbidität eine gleich gute Prognose aufwiesen wie diejenigen Patienten mit Rückenschmerzen **ohne** psychische Komorbidität, wenn die Psychopathologie therapeutisch in gleicher Weise wie die somatische Therapie berücksichtigt wurde (Gatchel et al., 1994).

Diese Feststellungen sowie die eigenen Ergebnisse widersprechen dennoch Kockott (1982), der „psychogene Schmerzen“ als häufigste Diagnose bei Patienten mit chronischen Schmerzen angab. Ohne Zweifel ist der chronische Schmerz oftmals nicht mit einem organischen Korrelat erklärbar (Definition der IASP) und zunehmend wird dem Gesichtspunkt der psychischen Einflüsse auf das Entstehen oder den Verlauf chronischer Schmerzen Aufmerksamkeit entgegen gebracht (Hildebrandt et al., 1997; Gralow, 2000; Egle & Nickel, 1998; Dworkin et al., 1990). Ebenfalls ist durch großzahlige Untersuchungen deutlich geworden, daß die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in Deutschland hoch ist, so von Angststörungen (15,1%), affektiven Störungen (12,3%), somatoformen Störungen (12,9%) und psychischen Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen mit Nikotin (25,8%) und ohne Nikotin (9,0%). Psychogene Schmerzen werden jedoch im Rahmen der Analyse eines gemischten Patientengutes einer Schmerzambulanz wie z.B. hier in Mainz, in Göttingen (Hildebrandt et al., 1996) oder in Münster (Gralow, 2000) nicht als häufigste Gruppe gesehen.

Im Zusammenhang der Einordnung der Patienten sind Klassifizierungssysteme interessant, wie sie seitens der IASP als multidimensionales System empfohlen werden (Merskey, 1986). In der vorliegenden Auswertung wurde diese deskriptive Klassifikation ergänzt durch die retrospektive Ermittlung der Chronifizierungsstadien nach Gerbershagen (1986). Die IASP-Klassifikation beinhaltet die Ermittlung der Körperregion, des schmerzverursachenden Systems, der zeitlichen Charakteristika, der Intensität und des Beschwerdebeginns, sowie der Ätiologie der Schmerzen.

Die Stadien nach Gerbershagen enthalten Angaben zur Schmerzanamnese, zur Therapie, besonders zu schmerzbedingtem Krankenhausaufenthalt, Operationen und Rehabilitationsaufenthalt. Ihre Anwendung ist im deutschen Sprachraum verbreitet (Hüppe et al., 2001), obwohl sie in ihrer ursprünglichen Form (Gerbershagen, 1986) der psychischen Dimension keinen Raum geben. Die Stadien nach Gerbershagen räumen die Möglichkeit einer Ermittlung der sozio-ökonomischen Folgen ei-

ökonomischen Folgen einer Schmerzerkrankung ein. Ebenso ergeben sich Schlußfolgerungen hinsichtlich der Prognose der Erkrankung, die bei Stadium III schlecht ist (Hüppe et al., 2001).

IASP-Klassifikation und Gerbershagen-Stadien sollen zuerst getrennt und danach zusammen diskutiert werden.

Einteilung nach IASP

1. Die IASP-Achse 1 (Schmerzregion) zeigt:

Erwartungsgemäß sind die meisten, nämlich 61,5% der 117 Patienten mit Rückenschmerzen in der Kategorie „LWS, Kreuzbein, Steißbein“ zu finden; 87,9% der Patienten mit „Multilokulärem Schmerz“ finden sich in der Kategorie „mehr als drei Lokalisationen“; 70% der Patienten mit M. Sudeck (SRD) finden sich in der Kategorie „Schulter, Obere Extremität“ und 71,4% der Patienten mit Phantomschmerz finden sich in der Kategorie „Untere Extremität“.

Nickel hatte einen besonders hohen Anteil von Patienten mit Gesichtsschmerzen beschrieben.

2. Die IASP-Achse 2 (Schmerzverursachendes System) zeigt:

Bei 63,2% der Patienten mit Rückenschmerzen wird „mehr als ein (schmerzverursachendes) System“ angegeben, bei den Patienten mit „Multilokulärem Schmerz“ ist dieser Anteil mit 80,2% noch höher, während sich in dieser Kategorie nur 50% der Patienten mit M. Sudeck finden. Die meisten Patienten mit Phantomschmerz, nämlich 57,1%, finden sich in der Kategorie „Nervensystem, Psyche“ wieder, der Rest in der Kategorie „Mehr als ein (schmerzverursachendes) System“.

Der Vergleich mit Nickel kommt zu einem ähnlichen Schluß. Die mit Abstand stärkste Gruppe (68,1%) aller Patienten zeigte „mehr als ein schmerzverursachendes System“, was sich mit den Ergebnissen von Nickel deckt, denn auch dort war dies die mit Abstand stärkste Untergruppierung (65,8%).

1. Die zweitstärkste Untergruppe (22,1%) war das „muskuloskeletale System“, was bei Nickel mit 5,6% nur eine untergeordnete Rolle spielte.
2. Genau umgekehrt verhielt es sich mit der Untergruppe „Psyche“ als schmerzverursachendes System, welches hier mit 1,3% erstaunlich selten codiert wurde, bei Nickel allerdings mit 20,6% an zweiter Stelle erschien.

3. Die IASP-Achse 3 (Zeitliche Charakteristika des Schmerzes) zeigt:

84,6% der Patienten mit Rückenschmerzen haben „ununterbrochen Schmerzen wechselnder Intensität“, auch die Patienten mit „Multilokulärem Schmerz“ fallen mehrheitlich in diese Kategorie, nämlich 91,2% der Patienten. Auch bei den Patienten mit M. Sudeck finden sich die meisten, nämlich 70% hier wieder. Nur bei den Patienten mit Phantomschmerz sind die Patienten ungefähr gleich aufgeteilt auf die Kategorien „ununterbrochene Schmerzen wechselnder Intensität“ mit 57,1% der Patienten und „Schmerzen unregelmäßiger Wiederkehr“ mit 42,9% der Patienten.

Betrachtet man die Angaben zur Schmerzintensität mit denen zur Dauer über Jahre (siehe IASP-Achse 3), dann wird das Ausmaß der psychosozialen Belastung klar, denen diese Patienten dauerhaft ausgesetzt sind (Zimmermann & Seemann, 1986; Egle et al., 2000; Gralow, 2000).

4. Die IASP-Achse 4 (Intensität und Beschwerdebeginn) zeigt:

Die vorigen Angaben werden ergänzt durch die Angaben zur Intensität und zur Dauer, wie sie in ähnlicher Form auch für andere Analysen von Patienten mit chronischen Schmerzen beschrieben wurden.

Die weitaus meisten Patienten mit Rückenschmerz haben seit mehr als 6 Monaten starke Schmerzen, nämlich 76,9%. In diese Kategorie fallen auch die meisten Patienten mit „Multilokulärem Schmerz“: 90,1%, ebenso die Patienten mit Phantomschmerz (57,1%). Die Mehrheit der analysierten Patienten hat also mehr als 6 Mona-

6 Monate Schmerzen, was sich mit einer der Definitionen über den Mindestzeitraum deckt, oberhalb dessen von chronischen Schmerzen gesprochen werden kann (Egle, 1999).

5. Die IASP-Achse 5 (Ätiologie) zeigt:

Aufschlussreich ist die Ätiologie-Achse.

Die Ätiologie der Rückenschmerzen wird mehrheitlich einer „Dysfunktion (einschließlich psychosomatischer Dysfunktion)“ zugeschrieben, in diese Kategorie fallen 60,7% der Patienten, der zweitgrößte Anteil (17,1%) fällt in die Kategorie „Mechanische Degeneration“. Das bedeutet, daß der rein somatische Anteil deutlich geringer ist als die psychosomatische Zuordnung.

Auch bei Patienten mit „Multilokulärem Schmerz“ finden sich die meisten Patienten (79,1%) in der Ätiologie-Kategorie „Dysfunktion (einschließlich psychosomatischer Dysfunktion)“.

Vergleichsweise ist auffallend, daß die Diagnosegruppe „Morbus Sudeck“ zu 80% in der Zuordnung „Trauma, OP oder Verbrennung“ zu finden war. In diese Kategorie fallen auch alle Patienten mit Phantomschmerz.

Besonders in dieser ätiologischen Zuordnung wird der multidimensionale Charakter der IASP-Klassifizierung deutlich.

Getrennt von der IASP-Klassifikation ist die Einteilung in Stadien nach Gerbershagen zu sehen. Diese basiert auf anamnestischen Angaben der Patienten. Resultierend daraus wurden verschiedene Achsen zur Dauer der Erkrankung und zur Anzahl von Schmerzlokalisationen vorgenommen, die eine gewisse Ähnlichkeit zur IASP-Klassifikation aufweisen. Weit darüber hinausgehend und auf die erfolgte Therapie sich beziehend sind allerdings Achsen zur Medikamenteneinnahme, zur Anzahl und Art schmerzbedingter Behandlungen oder zu Entzugsbehandlungen.

Stadieneinteilung nach Gerbershagen

1. Achse 1 (Zeitliche Aspekte)

Etwa vier Fünftel (82,1%) der Patienten mit Rückenschmerz, fast drei Viertel (72,5%) der Patienten mit Multilokulärem Schmerz, 57,1% der Phantomschmerz-Patienten

und die Hälfte der Patienten mit M. Sudeck zeigten ein Achsenstadium III. Dies bedeutet, daß die Mehrzahl aller Patienten, besonders diejenigen mit Rückenschmerzen und Multilokulären Schmerzen nur selten schmerzfreie Momente haben und zu meist keine Schwankungen in der Intensität erleben.

Bis auf zwei Patienten (mit Multilokulärem Schmerz) war kein Patient im Achsenstadium I.

2. Achse 2 (Räumliche Aspekte)

Im Stadium I befanden sich die Mehrzahl der Patienten mit Rückenschmerz (52,1%), M. Sudeck (95%) und Phantomschmerz (85,7%), was bedeutet, daß die meisten Patienten über ein für sie zusammengehörendes Schmerzbild an einer Region des Körpers klagen.

Erwartungsgemäß waren die meisten Patienten (94,5%) mit Multilokulärem Schmerz im Stadium III einzuordnen („mehr als 3 Schmerzlokalisationen“).

3. Achse 3 (Medikamenteneinnahme)

Je etwa die Hälfte der Patienten mit Rückenschmerz fand sich in Stadium I (41%) und Stadium II (55,6%); ähnlich war die Verteilung bei Patienten mit Multilokulärem Schmerz: 51,6% in Stadium I, 48,4% in Stadium II. Das bedeutet, daß bei diesen Erkrankungen meistens mehrere Medikamente eingenommen wurden und nur vereinzelt Entzugsbehandlungen in der Akute festzustellen waren.

Bei M. Sudeck und bei Phantomschmerz ist eine geringe Abweichung dahingehend zu sehen, daß 65% (bei M. Sudeck), bzw. 28,6% (bei Phantomschmerz) in Stadium I eingruppiert wurden.

Ergänzend dazu konnte in der Analyse der eingenommenen Medikamente ermittelt werden, daß in der Mehrzahl Analgetika aus der Gruppe der nicht-steroidalen Analgetika (NSA) eingenommen wurden, daß die Anzahl von Patienten mit gleichzeitig mehreren Analgetika bei etwa einem Sechstel lag und daß die Btm-pflichtigen Opioide wie Morphin eine nur geringe Rolle spielten.

Dies deckt sich mit dem hohen Stellenwert von Medikamenten in der Schmerztherapie (Wörz, 1990).

Antipyretische Analgetika

Etwa zwei Drittel (65%) der Rückenschmerz-Patienten nahmen vor Aufsuchen der Schmerzambulanz antipyretische Analgetika (Paracetamol, Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSA) oder Metamizol) ein, fast die Hälfte davon waren NSA. Höher war der Anteil der Patienten, die antipyretische Analgetika vor Aufsuchen der Schmerzambulanz einnahmen bei Patienten mit Phantomschmerz (71,4%) und bei Patienten mit Multilokulärem Schmerz (72,5%). Auch hierbei waren rund die Hälfte davon NSA. Etwas geringer war der Anteil der Patienten, die antipyretische Analgetika nahmen, bei Patienten mit M. Sudeck: 55%.

Der hohe Anteil von Patienten, die NSA einnehmen, ist auch deswegen von Bedeutung, weil es bei 2-4% von ihnen zu **symptomatischen** Ulzera und Ulkuskomplikationen (bis hin zur Hospitalisierung oder bis hin zum Tod) kommen kann (Singh, 1996).

Vergleich: Das deckt sich nicht ganz mit den Ergebnissen von Nickel, der 1992 fand, daß jeweils etwa ein Drittel antipyretische Analgetika regelmäßig oder bei Bedarf nahmen.

Opioide

Die Einnahme von der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) unterliegenden Analgetika (Morphin und dessen Derivate) spielte vor Aufsuchen der Schmerzambulanz praktisch keine Rolle: Keiner der Patienten mit Phantomschmerz oder M. Sudeck nahm diese ein und nur einer (1,1%) der Patienten mit Multilokulärem Schmerz und 5 (4,3%) der Rückenschmerz-Patienten.

Größer war der Anteil der Patienten, die nicht der BtmVV unterliegende Opioide (Tramadol, Tilidin mit Naloxon, Kodein, Dihydrocodein) vor Aufsuchen der Ambulanz einnahmen: Über die Hälfte der Phantomschmerz-Patienten (57,1%), fast ein Drittel der Rückenschmerz-Patienten (29,1%), genau jeder fünfte Patient mit M. Sudeck und etwa jeder sechste Patient mit Multilokulärem Schmerz (17,6%). Den höchsten Anteil davon nahm mit 12,8% bei allen Diagnosegruppen Tramadol ein.

Vergleich: „Morphinderivate“ spielten bei Nickel eine untergeordnete Rolle, denn dort nahm sie nur jeder Achte ein, in der vorliegenden Arbeit lag der Anteil von der BtmVV unterliegenden Analgetika bei 2,6%, der Anteil der (nicht der BtmVV unterliegenden) Opioide lag bei 24,7%.

Die Anwendung von Opioiden bei Patienten mit nicht-tumorbedingten Schmerzen nimmt in den letzten Jahren zu. Dies muß kritisch gesehen werden (Fishbain et al., 1998). Erst in letzter Zeit wurden in einer Konsens-Konferenz in Deutschland einige Grundregeln zur Indikation und zum Verfahren erstellt. Bei chronischen Schmerzen mit eindeutigem organischen Hintergrund (Osteoporose, schwere rheumatische Veränderungen) ist die Wirksamkeit gegeben, insbesondere aber bei wachsendem Anteil psychischer Faktoren und psychischer Komorbidität sollte die Indikation überaus restriktiv gesehen werden (Konsensuskonferenz, Berlin: Nach Sorgatz et al., 2001). Bei rein psychisch bedingten chronischen Schmerzen sind Opioide kontraindiziert (Egle, 2000). Ergänzend wurden kürzlich die ersten Fälle von psychischer Abhängigkeit bei Patienten mit somatoformen Schmerzen und Opioidtherapie beschrieben (Wambach et al., 2001).

4. Achse 4 (Patientenkarriere)

Die meisten Patienten mit Rückenschmerzen (61,5%) und Multilokulärem Schmerz (61,5%) fanden sich in Stadium II, etwa je Viertel in Stadium I, der Rest in Stadium III. Dies bedeutet, daß ein Wechsel des Hausarztes oder des persönlichen Arztes nur selten der Akte entnommen werden konnte und daß oft schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte und Operationen stattfanden.

Das deckt sich mit Mitteilungen anderer Autoren, die einen häufigen Arztwechsel, schmerzbedingte Operationen sowie Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in Reha-Einrichtungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen, besonders auch bei Patienten mit Rückenschmerzen (Hildebrandt et al., 1997) feststellten.

Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte - auch mehrfache - fanden sich bei den meisten Patienten. So war rund ein Drittel (29,1%) der Rückenschmerz-Patienten 2-3 mal schmerzbedingt stationär behandelt worden, mehr als ein Viertel (27,4%) bereits mehr als 3 mal. Ähnliches fand sich bei Patienten mit Multilokulärem Schmerz: Etwa ein Drittel (33,0%) war wegen Schmerzen bereits 2-3 mal im Krankenhaus behandelt worden, fast ein Viertel (24,2%) mehr als 3 mal. Bei Patienten mit M. Sudeck war rund ein Sechstel (15%) 2-3 mal stationär behandelt worden, genau ein Viertel (25%)

bereits mehr als 3 mal. Etwas mehr als jeweils ein Viertel (28,6%) der Patienten mit Phantomschmerz waren 2-3 mal oder mehr als 3 mal in stationärer Behandlung wegen Schmerz. Für schmerzbedingte Operationen lag der Schwerpunkt bei allen Diagnosegruppen auf einer Operation (53,7%), aber immerhin ein Sechstel hatten mehr als drei schmerzbedingte Operationen.

Dies steht in bemerkenswertem Gegensatz zu den Ergebnissen von Nickel (1992), der nur bei jedem zweiten Patienten mindestens einen schmerzbedingten Krankenhausaufenthalt fand und selbst vorschlug dieses Resultat differenziert zu betrachten.

Die Mehrheit der Patienten mit Rückenschmerzen (56,4%) waren bereits in einer schmerzbedingten Reha-Maßnahme, ebenso die Mehrheit der Patienten mit Multilokulärem Schmerz (53,9%). Umgekehrt waren die Mehrheit der Patienten mit M. Sudeck (85%) oder Phantomschmerz (71,4%) noch nicht in einer solchen Reha-Maßnahme.

Dies bedarf einer gesonderten Betrachtung, wenn man angesichts der langen Anamnesedauer der Patienten konstatiert, daß diese auch nicht durch aufwendige stationäre Behandlungen zu heilen waren. Hier dürfen Fragen aufgeworfen werden wie z.B. nach der Notwendigkeit chirurgischer Maßnahmen bei chronischen Schmerzen oder anderen möglichen iatrogenen Schädigungen (Kouyanou et al., 1997). Eine weitere Frage betrifft die therapeutische Konzeption der vergangenen Jahre, denn erst in jüngerer Zeit wird in der Breite zunehmend auf eine therapeutische Gesamtbeachtung der bio-psycho-sozialen Komponenten chronischer Schmerzen geachtet (Hasenbring, 1996; Loeser & Egan, 1989; Hildebrandt et al., 1997; Heger, 1999; Egle, 2000; Gralow, 2000; Dworkin et al., 1990).

Unbedingt ergibt sich allerdings aus der Betrachtung dieser Achse der ökonomische Faktor chronischer Schmerzen, der immens ist. Hierzu wurden kürzlich Zahlen publiziert, die die in die Milliarden gehende jährliche Belastung der Volkswirtschaft durch die Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen aufzeigen (Hildebrandt et al., 1997).

5. Gesamtstadium nach Gerbershagen

Die verschiedenen Stadien nach Gerbershagen dienten primär der Einschätzung einer bis zum Aufnahmezeitpunkt des Patienten abgelaufenen Therapie einschließlich einiger Zusatzinformationen wie z. B. über die Dauer der Schmerzen (Gerbershagen, 1986). In der Folge war es auch möglich, Aussagen zur Prognose zu treffen (Hüppe et al., 2001). Diese verschlechtert sich mit dem Stadium. Letztlich diente die Stadieneinteilung auch der Indikation zum klinischen, d.h. stationären Aufenthalt, die im Stadium III als unerlässlich angesehen wurde. In Stadium I war durchaus eine ambulante Therapie angezeigt (Hüppe et al., 2001).

In der eigenen Analyse war der Anteil von Patienten mit Stadium III hoch. Fast die Hälfte (47,7%) aller Patienten fand sich in Gesamtstadium III wieder, ein Indiz für die Schwere und Chronizität der Schmerzen und das Leiden der Patienten. Differenziert für die einzelnen Diagnosegruppen bedeutet das, daß Patienten mit Rückenschmerzen zu einem Drittel dem Stadium III zuzuordnen waren, während 54,7% Stadium II hatten. Auch in anderen Schmerzambulanzen (Gralow, 2000).

Patienten mit Multilokulärem Schmerz waren sogar zu drei Viertel (75,8%) in Stadium III einzugruppiert, zu 22% in Stadium II, nur 2,2% in Stadium I. Patienten mit M. Sudeck und Phantomschmerz befanden sich ungefähr jeweils zur Hälfte in Stadium I und Stadium II.

Die Einteilung nach Gerbershagen ist jüngst kritisch beleuchtet worden und nur in Bezug auf ein möglichst einheitliches Schmerzbild als valide formuliert worden (Hüppe et al., 2001). Das ist angesichts der vielschichtigen Schmerzbilder nicht überraschend.

Vergleich „Einteilung nach IASP“ und „Stadieneinteilung nach Gerbershagen“

Ein direkter Vergleich fällt in einigen Kategorien schwer, bzw. ist unmöglich, da beide Systeme in ihrer Systematik nicht deckungsgleich sind. Wegen der geringen Zahlen entfallen in diesem Vergleich die Diagnosegruppen „M. Sudeck“ und „Phantom-schmerz“. Die Gruppierung nach Schmerzregion und Anamnesedauer sollen hier nicht weiter verglichen werden, da sie weitgehend gleich gerichtete Informationen ergeben.

Andere Achsen sollen hingegen verglichen werden.

IASP Achse 2: Schmerzverursachendes System

Diese gibt verschiedene Unterkategorien vor, z. B. „Nervensystem, Psyche“ oder „Muskuloskeletales System“ (siehe Tabelle 16). Dazu gibt es keine vergleichbaren Entsprechungen in der Stadieneinteilung nach Gerbershagen.

IASP Achse 5: Ätiologie

Hier gibt es die Möglichkeit ätiologische Ursachen zu codieren, z. B. „genetische oder angeborene Störung“ oder „psychosomatische Dysfunktion“ (Tabelle 19). Auch hierzu gibt es keine vergleichbare Kategorie nach Gerbershagen. Die unscharfe Zuordnung zu einer psychosomatischen Dysfunktion lässt einen Rückschluss auf die bio-psycho-soziale Ätiologie chronischer Schmerzen zu, was zu Konsequenzen hinsichtlich der individuellen Verifizierung derartiger Faktoren führt. Hier soll der Gesichtspunkt der diagnostischen Bedeutung der biografischen Anamnese (Egle, 1993) nur kurz genannt und an anderer Stelle näher erläutert werden.

Die Erhebung biografischer Risikofaktoren gilt als wichtiges Indiz für die Entwicklung verschiedener Erkrankungen mit psychosomatischem Hintergrund, zu denen auch ein Teil von Patienten mit chronischen Schmerzen gehören (Egle, 1993).

IASP-Achse 1 im Vergleich mit Gerbershagen Achse 2

Der Vergleich zeigt, daß 17,1% der Patienten mit Rückenschmerzen bei der Einstufung in der IASP-Achse 1 „Schmerzen an mehr als 3 Lokalisationen“ zeigen, was mit der Zahl von 17,9% Patienten korrespondiert, die in der Gerbershagen Achse 2 mit „Multilokulären Schmerzen“ eingestuft wurden. Ähnliche Entsprechungen finden sich auch bei der Diagnosegruppe „Multilokuläre Schmerzen“ (87,9% versus 94,5%) und beim M. Sudeck (jeweils 5%). Abweichungen finden sich beim Phantomschmerz (0% versus 14,3%), vielleicht aber auch wegen der geringen Fallzahl (n=7).

IASP-Achse 3 im Vergleich mit Gerbershagen Achse 2

Der Vergleich zeigt, daß 87,2% der Patienten mit Rückenschmerzen bei der Einstufung in der IASP-Achse 3 „ununterbrochene Schmerzen“ zeigen, was mit der Zahl von 79,5% Patienten korrespondiert, die in der Gerbershagen Achse 2 mit „Schmerzen länger als einer Woche“ eingestuft wurden. Ähnliche Entsprechungen finden sich auch bei der Diagnosegruppe „Multilokuläre Schmerzen“ (91,2% versus 73,6%), beim M. Sudeck (70% versus 50%) und beim Phantomschmerz (jeweils 57,1%).

Diagnosegruppe	IASP Achse 1: Schmerzen „mehr als 3 Lokalisationen“	Gerbershagen-Stadium Achse 2 (Räumliche Aspekte): „Multilokuläres Schmerzbild“	IASP Achse 3: „ununterbrochene Schmerzen“	Gerbershagen-Stadium Achse 2 (Dauer der Schmerzen): Schmerzen „länger als 1 Woche“
Rückenschmerzen	17,1%	17,9%	87,2%	79,5%
Multilokuläre Schmerzen	87,9%	94,5%	91,2%	73,6%
Morbus Sudeck	5%	5%	70%	50%
Phantomschmerz	0%	14,3%	57,1%	57,1%

Tabelle 76: Vergleich „Einteilung nach IASP“ und „Stadieneinteilung nach Gerbershagen“ für alle 4 Diagnosegruppen und für die IASP-Achsen 1 und 3, sowie der Gerbershagen Achse 2 („Räumliche Aspekte“ und „Dauer der Schmerzen“), Anteil der Patienten in Prozent.

Familienstatus

Fast in allen Diagnosegruppen waren die Mehrzahl der Patienten verheiratet: Je etwa zwei Drittel (65%) der Rückenschmerz-Patienten und der Patienten mit Multilokulärem Schmerz (68,1%), genau die Hälfte der Patienten mit M. Sudeck und etwas weniger als die Hälfte der Phantomschmerz-Patienten (42,9%). Unter allen Patienten war etwa jeder Zehnte ledig (10,6%), etwa jeder Sechzehnte (7,2%) geschieden oder verwitwet (6,4%) und etwa jeder Elfte wieder verheiratet (8,9%). Die Rolle des Familienstatus wird in der Literatur behandelt und zumindest hinsichtlich psychologischer Faktoren (sekundärer Krankheitsgewinn, besondere Beziehungsebene zwischen den Partnern) als einflussreich und die chronische Schmerzsituation fördernd angesehen (Turk et al., 1988).

Biographie

Belastende Lebensereignisse können früher Elternverlust, Mißhandlung, Mißbrauch, Vernachlässigung, Kriegserlebnisse, Vertreibung, Flucht, Mobbing, schwere Partnerkonflikte, Kindesverlust, Partnerverlust, schwere Erkrankung des Patienten oder in der Familie sein. Diese können Indikatoren für die Relevanz psychischer Faktoren und damit Risikofaktoren u.a. für die Ausbildung einer chronischen Erkrankung, so der Schmerzerkrankung, sein (Egle & Nickel, 1998). Das bestätigt die alte Forderung von Turk (1987), biographische Ereignisse bei Schmerzpatienten verstärkt zu beachten. In einer alten Untersuchung (Roy, 1985) wurde die Rolle von Mißbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit beim Entstehen chronischer Schmerzen vermutet. Kindlicher Mißbrauch, körperliche Gewalt in der Kindheit führt zu einem hohen Risiko an gesundheitlichen späteren Schädigungen (Felitti et al., 1998), die Inzidenz von Patienten mit einer derartigen Anamnese ist unter Schmerzpatienten höher als in der Normalpopulation (Egle, 1993; Heger, 1999). 1982 stellte Hell fest, daß Patienten mit „Fibrositissyndrom“ (Fibromyalgie) in ihren ersten Lebensjahren dreimal häufiger von ihren Eltern getrennt wurden, als Patienten ohne diese Erkrankung und daß sie sechsmal weniger eine kameradschaftliche Beziehung mit mindestens einem Elternteil hatten, als Patienten ohne „Fibrositissyndrom“. Die Patienten mit dieser Erkrankung nannten auch signifikant mehr belastende Problembereiche, Verlassenheitsge-

mehr belastende Problembereiche, Verlassenheitsgefühl oder Partnerverlust („Positive Biographie“).

Das Spektrum risikoerhöhender Ereignisse im Leben, in der vorliegenden Auswertung auch als „positive Biographie“ bezeichnet, soll jedoch hier nicht allein auf die Anamnese von Mißbrauch reduziert werden. Wie schon ausgeführt, können vielfältige spätere und überaus bewusst erlebte und verarbeitete Ereignisse zu Belastungen führen. Auf der Basis der bio-psycho-sozialen Ätiologie chronischer Schmerzen ist nachvollziehbar, daß solche Ereignisse, werden sie vom Betroffenen als schwerwiegend empfunden, im Zusammenhang mit schmerzhaften Erkrankungen zu deren Chronifizierung führen können (Egle & Nickel, 1998).

Aus dieser Sicht sollte Wert auf eine gründliche biographische Anamnese vor Therapiebeginn gelegt werden. Dies bezieht Fragen nach den erwähnten Ereignissen ein, aber auch Fragen zu beruflichen und persönlichen Dingen. Eigenartigerweise ist die Erhebung einer biographischen Anamnese, wie sie in strukturierter Form auch zu klinischen Untersuchungen propagiert wird (Egle, 1993) im Allgemeinen unbekannt. „Allgemein“ bedeutet, daß diese Anamneseerhebung in den großen klinischen Fächern unüblich ist und sich auch Schmerzmediziner deren Bedeutung erst langsam bewusst werden. Selbst in einem neueren Lehrbuch wird dieser Punkt nur kurz gestreift (Ahrens, 2001).

In unserer Analyse fanden sich bei zwei Drittel (66,7%) positive biographische Ereignisse, besonders häufig bei Patienten mit Multilokulären Schmerzen, aber auch bei Patienten mit Rückenschmerzen. Individuelle Einzelheiten wurden in den Anhang der Dissertation gelegt. Aus ihnen kann die Vielschichtigkeit belastender Ereignisse abgelesen werden. An dieser Vernetzung, die ätiologisch, aber auch therapeutisch zu nutzen ist, sollte heute kein Zweifel bestehen (Hasenbring, 2001; Hildebrandt et al., 1997)

Dies deckt sich mit der Feststellung von Geissner & Würtele (1990), daß die emotional-affektive Seite bei chronischen Schmerzen einen dominierenden Charakter habe und mit der Feststellung von Wörz (1990), daß bei chronischen Schmerzsyndromen Persönlichkeitsfaktoren, psychische Prozesse, psychosoziale Bezüge und kulturelle

Bezüge und kulturelle Einflüsse bedeutsam seien. Egle & Nickel (1998) betonen die herausragende Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren, die im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Vernetzung Einfluß auf das individuelle Schmerzerleben nehmen können.

Die bisherigen Ergebnisse epidemiologischer und klinischer Schmerzforchung lassen auch nach Gralow (2000) den Schluß zu, daß der Chronifizierungsprozeß als ein Resultat komplexer Interaktionen somatischer und psychischer Dimensionen sowie sozialer Unterstützungssysteme zu verstehen ist.

Auf diesem Hintergrund soll die Hauptfrage der Dissertation beantwortet werden. Es bestand die Aufgabe, aus dem analysierten Patientengut den Stellenwert von Empfehlungen zur Psychotherapie herauszuarbeiten. Diese ist im Gesamtkonzept der bio-psycho-sozialen Ursachen chronischer Schmerzen wichtig, wenn durch eine vorhergehende Diagnostik – parallel zur somatischen Diagnostik – behandlungsbedürftige psychische Einflüsse gefunden wurden. Dazu zählt auch die psychische Komorbidität, die bei weitem nicht selten ist. Die Psychotherapie hat auch in dieser Untersuchung einen hohen Stellenwert. Sie ist zwangsläufig unterschiedlich und reicht von Schmerzbewältigungsverfahren über Entspannungsverfahren bis zur tiefenpsychologischen Therapie - einzeln, in Gruppen, ambulant oder stationär, letzteres auch innerhalb einer Rehabilitationsaufenthaltes.

Aufgrund der sehr unterschiedlich präzisen Dokumentation in den Patientenakten konnte die Art der Psychotherapie nicht immer so genau ermittelt werden, wie es zur Beantwortung der Fragestellung wünschenswert gewesen wäre. Eine klar definierte Empfehlung zur Psychotherapie wurde recht selten im Arztbrief oder in der Akte formuliert. Dennoch lassen sich Linien erkennen, die abschließend beschrieben werden.

Empfehlung zur Psychotherapie einschließlich Entspannungsverfahren

Eine Empfehlung wurde 137 (58,3%) von 235 Patienten gegeben. Ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten (41,7%) erhielt keine Psychotherapie-Empfehlung. Bei den Patienten mit Multilokulärem Schmerz war der Anteil von Psychotherapie-Empfehlungen am größten (65,9%), bei M. Sudeck war er am geringsten (30%).

Psychotherapie-Empfehlung	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz	M. Sudeck	Phantom-Schmerz
Ambulant	17,1% (20)	19,8% (18)	0% (0)	0% (0)
Stationär	22,2 (26)	27,5% (25)	25% (5)	28,6% (2)
Reha-Verfahren	14,5% (17)	12,1% (11)	5% (1)	14,3% (1)
Nicht Spezifiziert	3,4% (4)	4,4% (4)	0% (0)	0% (0)
Nicht dem Pat. Mitgeteilt	0,9% (1)	2,2% (2)	0% (0)	0% (0)
Keine Psychotherapieempfehlung	41,9% (49)	34,1% (31)	70% (14)	57,1% (4)
Gesamt	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)

Tabelle 77: Empfehlungen zur Psychotherapie/Entspannungsverfahren, untergliedert in ambulante, stationäre, rehabilitative (stationärer Reha-Aufenthalt) Psychotherapie, nicht weiter spezifizierte Psychotherapieart, sowie Anteil der Patienten, denen keine Psychotherapie empfohlen wurde in Prozent (Anzahl der Patienten).

Psychotherapie-Empfehlung	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz	M. Sudeck	Phantom-Schmerz
Ja	58,1% (68)	65,9% (60)	30% (6)	42,9% (3)
Nein	41,9% (49)	34,1% (31)	70% (14)	57,1% (4)
Gesamt	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)

Tabelle 78: Zusammenfassende Darstellung der Empfehlungen zur Psychotherapie, sowie Anteil der Patienten, denen **keine** Psychotherapie empfohlen wurde in Prozent (Anzahl der Patienten).

Es wurde mittels des Fisher-Tests versucht, Korrelationen verschiedener denkbarer Einflußfaktoren auf eine Psychotherapie-Empfehlung herauszuarbeiten. Diese waren:

1. Je länger eine der untersuchten Schmerzerkrankungen bestand,
2. je jünger die Patienten waren,
3. je näher sie an der Schmerzambulanz wohnten,
4. je länger sie arbeitsunfähig waren,
5. je höher das Stadium der „Gerbershagen Achse I, II, IV oder Gesamt“ war und
6. wenn belastende biographische Ereignisse festgestellt werden konnten,
7. wenn Patienten nicht berentet waren,

um so eher wurde eine Psychotherapie-Empfehlung ausgesprochen.

Bisher vorliegende Studien beschäftigten sich vorwiegend mit dem Zusammenhang von demographischen, medizinischen und biographischen Parametern und der Inzidenz und Prävalenz chronischer Schmerzerkrankungen, so z. B. Gralow (2000), der den Chronifizierungsprozess von Rückenschmerzen in Verbindung bringt mit psychischen Faktoren und sozialen Unterstützungssystemen. Dvorak et al. (1988) und Alaranta et al. (1990) stellen Korrelationen her zwischen Arbeitsunfähigkeitszeiten und psychosozialen Schwierigkeiten einerseits und mangelnder Aussicht auf Erfolg einer Operation (gleich welcher Art) bei Rückenschmerz-Patienten.

Aus der Kenntnis des Autors der vorliegenden Arbeit konnte nun erstmals für eine Population von Schmerzpatienten einer universitären Einrichtung in Deutschland gezeigt werden, daß die auch aus der o.g. Literatur (Gralow, 2000; Dvorak et al., 1988; Alaranta et al., 1990; Roy, 1985; Hell, 1982) bekannten Prädiktoren für das Chronifizieren einer Schmerzerkrankung, nämlich Alter, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Dauer der Schmerzanamnese, Rentenstatus, insbesondere aber belastende biographische Lebensereignisse (Positive Biographie) weitgehend **auch** mit der Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren für das hier eingeschlossene Kollektiv chronisch Schmerzkranker korrelierten, mithin **auch** als Prädiktoren für die Empfehlung eines psychotherapeutischen Verfahrens oder Entspannungsverfahrens dienen können. Außerdem wurden weitere Parameter gefunden, die hier signifikant mit der Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren korrelierten,

Entspannungsverfahren korrelierten, nämlich die Stadien I, II, IV und „Gesamt“ nach Gerbershagen. Diese Stadieneinteilung berücksichtigt in ihrer initialen Form nicht die vielfältigen psychologischen Dimensionen von Patienten mit chronischen Schmerzen (Gerbershagen, 1986). Andererseits ergibt sie durch wenige strukturierte Fragen Aufschluss auf den bis dahin betriebenen medizinischen Therapieaufwand. Sie lässt Rückschlüsse auf iatrogene Faktoren zur Chronifizierung zu und ermöglicht ökonomische Faktoren zu bestimmen.

Die Berücksichtigung der positiven biographischen Anamnese führte in der vorliegenden Untersuchung häufiger (106 mal) als das Gerbershagen-Gesamt-Stadium III (73 mal) zur Psychotherapie-Empfehlung. Dennoch fasziniert die auf der einen Seite – in der Einstufung von Gerbershagen - fehlende Berücksichtigung psychologischer Chronifizierungsfaktoren, wie auf der anderen Seite – mittels der biographischen Anamnese - eine offen liegende psychologische Belastungsseite untersucht wird, die ihrerseits keine Angaben zur sozio-ökonomischen Seite und dem bisherigen Therapiegeschehen enthält. Dies ist zwar im SBAS (Egle, 1993b) enthalten, aber in etwas anderer Form als bei der Gerbershagen-Einstufung (Gerbershagen, 1986). In der klinischen Routine werden stets die kurzgefassten Klassifizierungen bevorzugt.

Gegenstand weiterer Forschungen könnte sein, ob die Berücksichtigung von Gerbershagen-Einteilung **und** einer kürzer strukturierten biographischen Anamnese das Tor zu einer umfangreicheren Berücksichtigung psychischer Risikofaktoren in der klinischen Praxis der Schmerztherapie öffnen würde. Das würde dann auch den Weg zu einer frühzeitigen Einbeziehung psychologischer Fächer (Psychosomatik, Psychologie) weisen. Dies ist immer wieder entweder nicht oder zu spät der Fall, dann nämlich, wenn sich der somatische Weg als vergeblich erwies oder spiegelbildlich, wenn der Therapeut keinen Weg kennt, rechtzeitig ein psychologisches Fach hinzuzuziehen.

Zusammenfassung

Es wurde eine retrograde Analyse von Patientenakten der Schmerzzambulanz der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsklinik Mainz durchgeführt, in die alle Patienten mit bestimmten Einschlusskriterien der Behandlungsjahrgänge 1996 und 1997 aufgenommen wurden.

Die vier Diagnosegruppen waren: Multilokuläre Schmerzen, Rückenschmerzen, Phantomschmerz und Morbus Sudeck (SRD). Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Frage nach der Häufigkeit von Psychotherapie, parallel zu anderen Therapieempfehlungen, herauszuarbeiten. Des weiteren sollten Faktoren beleuchtet werden, die die Empfehlung von Psychotherapie bei den Patienten förderten.

Die Daten wurden den im Archiv vorgefundenen Patientenakten entnommen. Dabei wurden möglichst alle Angaben in der Akte und den beigelegten Fragebögen, Fremdbefunden und klinikinternen Konsilberichten berücksichtigt. Sofern nicht schon vorgefunden, wurde noch eine diagnostische Klassifikation gemäß den Richtlinien der IASP (International Association for the Study of Pain) und der ICD-10 (International Classification of Diseases - 10) durchgeführt.

Von 235 untersuchten und medizinisch ausgewerteten Schmerzpatienten wurden 177 (49,8%) als Rückenschmerzpatienten, 91 (38,7%) als Patienten mit Multilokulären Schmerzen, 7 (3%) als Phantomschmerzpatienten und 20 (8,5%) als Patienten mit Morbus Sudeck (SRD) identifiziert. Insgesamt fand sich ein höherer Frauenanteil, allerdings eine Dominanz der Männer in der Gruppe der Patienten mit Phantomschmerz.

Die Altersverteilung wies keine geschlechtsbezogenen Unterschiede auf. Im Median waren die Patienten 50 Jahre alt (Min. 17 Jahre, Max. 90 Jahre). Wesentliche Unterschiede bestanden zwischen den Erkrankungen nicht.

Beschreibende diagnostische Einteilung

Die beschreibende diagnostische Einteilung hinsichtlich der Schmerzlokalisierung für die Gesamtgruppe, bei ausgeprägten Unterschieden in den diagnostischen Untergruppen, ergab folgende Reihenfolge:

1. 43% mehr als drei Schmerzlokalisationen
2. 31,1% LWS, Steißbein
3. 9,8% Schulter, Extremität
4. 6,8% untere Extremität
5. Der Rest verteilte sich auf andere Körperregionen

Die diagnostische Einteilung nach ICD-10 zeigt als auffälligstes Ergebnis, daß zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Schmerzambulanz nur bei 2 (0,9%) Patienten psychiatrische Diagnosen aus den Überweisungs- oder Zuweisungsscheinen zu entnehmen waren, dagegen während der Behandlung in der Ambulanz 137 psychiatrische Diagnosen neu gestellt wurden.

Die häufigsten waren:

1. bei 29 (12,3%) Patienten eine anhaltende somatoforme Störung
2. bei 22 (9,4%) Patienten eine nicht näher bezeichnete depressive Episode
3. bei 21 (8,9%) Patienten eine Somatisierungsstörung
4. bei 6 (2,6%) Patienten eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung
5. bei 6 (2,6%) Patienten Dysthymia
6. bei 5 (2,1%) Patienten eine sonstige depressive Episode
7. bei 5 (2,1%) Patienten eine generalisierte Angststörung

Auf einen Patienten konnten auch mehrere Diagnosen entfallen. 82 (34,9%) Patienten hatten eine psychische Komorbidität. Diese wurde fast ausnahmslos erst nach Zuweisung zur Schmerzambulanz diagnostiziert.

Bei einem hohen Anteil von Patienten zeigten sich die erheblichen sozio-ökonomische Dimensionen der chronischen Schmerzerkrankung in Bezug auf deren Dauer, Therapieanamnese einschließlich schmerzbedingter Krankenhausaufenthalte, Operationen und Reha-Aufenthalte sowie Berentung:

Die Schmerzdauer

80% litten bei Aufnahme in die Ambulanz seit über 1 Jahr an Schmerzen, davon die Hälfte seit über 10 Jahren.

Medikamentenkonsument

Der Medikamentenkonsument war in den einzelnen diagnostischen Untergruppen vergleichbar stark ausgeprägt:

1. Ein Drittel der Patienten nahm mehr als 2 periphere Analgetika ein (davon – je nach Untergruppe – 35-60% nichtsteroidale Antiphlogistika)
2. Der Betäubungsmittelverordnung (BtmV) unterliegende Opiate spielten nur eine sehr untergeordnete Rolle, nicht der BtmV unterliegende Opioide wurden etwa von einem Viertel vor Aufsuchen der Ambulanz eingenommen.
3. Bei den meisten Patienten war der Akte kein vorangegangener Medikamentenzug zu entnehmen.

Krankenhausaufenthalte

Mehr als 2 schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte waren bei fast der Hälfte aller Patienten zu verzeichnen.

Operationen

2 oder mehr schmerzbedingte Operationen waren ebenfalls fast bei der Hälfte der Patienten festzustellen.

Rehabilitationsverfahren

Etwa 40% aller Patienten hatten 2 oder mehr schmerzbedingte stationäre Rehabilitationsaufenthalte.

Schulbildung

Bei allen Diagnosegruppen überwogen Patienten mit Hauptschulabschluss.

Leistungsfähigkeit

In allen Diagnosegruppen zeigten sich deutliche Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit. So waren von den Patienten mit Rückenschmerzen und multilokulärem Schmerz etwa 30% insgesamt über ein Jahr in den Jahren der Schmerzerkrankung bei Aufnahme in der Ambulanz schmerzbedingt arbeitsunfähig. Hinzu kommt, daß etwa 26% bei Aufnahme in der Schmerzambulanz schon wegen der chronischen Schmerzen berentet waren und darüber hinaus sogar etwa 17% der Patienten eine folgende Berentung anstrebten. Dies ist insofern bemerkenswert, als der Altermedianwert bei 50 Jahren lag, die Patienten also eigentlich im besten Berufsalter waren.

Familienstand

Etwa zwei Drittel aller Patienten waren in erster Ehe verheiratet, jeder Zehnte war ledig, der Rest war geschieden, verwitwet oder wiederverheiratet.

Entfernung

Für die beiden diagnostischen Hauptgruppen „Rückenschmerz“ und „Multilokulärer Schmerz“ lag die mittlere Entfernung des Wohnsitzes von der Schmerzambulanz bei 35 Kilometern, in Mittel etwa halb so weit entfernt wohnten Patienten mit M. Sudeck, etwas mehr als 1 ½ mal so weit Patienten mit Phantomschmerz.

Psychotherapeutische Vorbehandlung

Über die Hälfte der Patienten mit Rückenschmerzen oder multilokulärem Schmerz war vor Aufnahme in die Ambulanz schon psychotherapeutisch vorbehandelt worden oder hatte zumindest eine probatorische psychotherapeutische Behandlung erfahren oder ein Entspannungsverfahren (Jacobson oder Autogenes Training) erlernt oder begonnen zu erlernen.

Physiotherapeutische Vorbehandlung

Etwa 80% der Patienten mit Rückenschmerzen und etwa 70% der Patienten mit multilokulärem Schmerz hatten vor Aufsuchen der Ambulanz Physiotherapie erhalten.

Nervenblockaden oder Neurolysen

Nervenblockaden oder Neurolysen hatten vor Aufsuchen der Ambulanz etwa ein Drittel der Patienten mit Rückenschmerz und Phantomschmerz, etwa ein Fünftel der Patienten mit multilokulärem Schmerz und jeder Zwanzigste mit M. Sudeck.

Stadieneinteilung nach Gerbershagen

Für die Gesamtpopulation überwogen die Gesamtstadien II und III. Dies ist ein Hinweis auf die Schwere und Chronizität der Schmerzerkrankungen des hier untersuchten Patientenkollektivs und zeigt auch die erhebliche ökonomische Dimension dieser Erkrankungen auf.

Biographische Anamnese

Die biographische Anamnese war bei drei Viertel der Patienten mit multilokulärem Schmerz auffällig, ebenso bei zwei Drittel der Patienten mit Rückenschmerzen, bei über der Hälfte der Patienten mit M. Sudeck und bei mehr als jedem Vierten Phantomschmerz-Patienten.

Empfehlung zur Psychotherapie

Eine Empfehlung zur Psychotherapie oder zu einem Entspannungsverfahren wurde 137 von 235 Patienten gegeben, also 58,3%:

Psychotherapie-Empfehlung	Rückenschmerz	Multilokulärer Schmerz	M. Sudeck	Phantom-Schmerz
Ja	58,1% (68)	65,9% (60)	30% (6)	42,9% (3)
Nein	41,9% (49)	34,1% (31)	70% (14)	57,1% (4)
Gesamt	100% (117)	100% (91)	100% (20)	100% (7)

Tabelle 79: Empfehlungen zur Psychotherapie, sowie Anteil der Patienten, denen **kei-**ne Psychotherapie empfohlen wurde in Prozent (Anzahl der Patienten).

Prospektive Untersuchungen ähnlich der von Gatchel et al. (1994) bei Rückenschmerzen sind nötig, um auch für andere Schmerzerkrankungen die Wirksamkeit der simultan einhergehenden somatischen Therapie und derjenigen der individuellen Psychopathologie nachzuweisen.

Empfehlung zu Psychotherapie oder Entspannungsverfahren in Abhängigkeit von der Patienten-Biographie

Bei positiver Biographie, also dem Nachweis besonderer, belastender Ereignisse in der Anamnese, wurde eher eine Empfehlung zur Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (45,1%), als bei negativer Biographie (13,6%). Dieser Zusammenhang war hochsignifikant ($p=0,00101$)

Empfehlung zu Psychotherapie oder Entspannungsverfahren in Abhängigkeit von der Stadieneinteilung nach Gerbershagen

Im Gesamtstadium II und III wurde eher eine Empfehlung zu einer Psychotherapie oder einem Entspannungsverfahren ausgesprochen (24,6% im Stadium II und 30,9% im Stadium III), als im Stadium I (3%). Insgesamt erhielten fast 60% eine solche Empfehlung und je höher das Gesamtstadium war, umso eher wurde eine Empfehlung ausgesprochen ($p=0,000606$).

Korrelationen zwischen Anamnese u. Psychotherapie-Empfehlung

konnten berechnet werden,

1. je länger eine der untersuchten Schmerzerkrankungen bestand,
2. je jünger die Patienten waren,
3. je näher sie an der Schmerzambulanz wohnten,
4. je länger sie arbeitsunfähig waren,
5. je höher die Graduierung des Gesamtstadium nach Gerbershagen war, aber auch je höher die Graduierung von folgenden Einzelstufen der Gerbershagenskalierung war: Achse 1 (zeitliche Aspekte), Achse 2 (Aspekte der Schmerzlokalisierung) und Achse 4 (Aspekte der Patientenkarriere),
6. wenn belastende biographische Ereignisse festgestellt werden konnten und
7. wenn Patienten nicht berentet waren.

Das heißt, daß bei Vorliegen eines oder mehrerer dieser Faktoren wurde diesen Patienten eine Psychotherapie oder ein Entspannungsverfahren eher empfohlen.

Kasuistiken

Wenn keine biographischen Besonderheiten der Akte zu entnehmen waren, wurde für diese Auswertung notiert:

„Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.“

Laufende Nummer: 1

Patientin, 32 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 51397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Schmerzen traten auf, als ihr neugeborener Sohn fast starb. Geschlechtsverkehr nicht mehr durchführbar.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 2

Patient, 67 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 33584.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 3

Patientin, 51 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihren Vater kannte sie nicht, dieser fiel im Krieg.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 4

Patient, 37 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98393.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Patient ist Dipl.-Ing. für Chemie. Allerdings vertrage er keine Chemie. Schon wenn er diese rieche, bekäme er Schmerzen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 5

Patientin, 29 Jahre alt, Kostenträger: HEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Zum Zeitpunkt des Unfalls war ihr Arbeitgeber gerade in Liquidation. Firma wurde dann auch aufgelöst.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 6

Patient, 57 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Seine Ehefrau erlitt 1 - 2 Jahre vor seinem Schmerzbeginn einen Schlaganfall.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 7

Patientin, 33 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98398.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Verbrachte Schulzeit im Internat, wolle darüber nichts sagen; wohl extreme Konfliktsituation.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 8

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: KKH, über 7 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 28381.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Aufnahme des kranken Vaters in ihre Wohnung. Das war eine Tyrannei durch ihn bis zu seiner Einlieferung in das Altenheim, wo er bald darauf verstarb. Im Jahr darauf stürzte sie und ihre Schmerzen begannen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 9

Patient, 64 Jahre alt, Kostenträger: HM, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 08297.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 10

Patientin, 40 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 9 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98367.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 11

Patient, 46 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Außerordentlich angespanntes Verhältnis zu seiner Mutter. Er wurde noch mit 12 Jahren von ihr gewaschen, "durfte nichts selbst machen".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 12

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 13

Patientin, 87 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 23466.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 14

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 11 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98390.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 15

Patientin, 51 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ehemann beging Suizid. Zur Schwiegermutter bestand intensives Verhältnis, sie ertränkte sich allerdings im Garten in einem Wasserbecken.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 16

Patientin, 76 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ehemann verstorben, Tochter an Carcinom verstorben.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 17

Patientin, 80 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 18

Patientin, 55 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 19

Patientin, 49 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mutter starb, als Patientin 1 1/2 Jahre alt war, Vater stand dann mit zehn Kindern alleine da. Sie wurde danach bei verschiedenen Betreuungsstellen untergebracht.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 20

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53466.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Pflegte 15 Jahre lang ihre Mutter.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 21

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Scheidung, lebt jetzt zusammen mit "Lebensabschnittspartner"

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 22

Patientin, 67 Jahre alt, Kostenträger: KVB III, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98395.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte schon als junges Mädchen viel schwere Arbeit leisten, da Vater und Bruder im Krieg waren.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 23

Patient, 50 Jahre alt, Kostenträger: IKK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 24

Patientin, 46 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Wurde oft von ihrem Ehemann verprügelt, so daß sie mehrfach lange krank war. Ihr Verhältnis zu ihrem Bruder sei gestört, seit sie diesem verboten habe, ihren Ehemann zu verprügeln.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 25

Patientin, 46 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Einzelkind. Mutter Norwegerin. Wollte Medizin studieren, mußte diese Idee aber auf Wunsch ihres Freundes und späteren Mannes aufgeben.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 26

Patientin, 47 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 60391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin. Vater arrangierte ihre Heirat. Ihren Ehemann sah sie erst am Hochzeitstag. Noch heute muß sie arbeiten, um das "Hochzeitsgeld" für die Schwiegereltern abzubezahlen. Ihre drei Kinder wurden von deutschen Pflegeeltern großgezogen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 27

Patientin, 36 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin. Gebürtige Ungarin.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 28

Patient, 42 Jahre alt, Kostenträger: IKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 29

Patientin, 36 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr erster Mann sei lieber mit dem Motorrad herumgezogen und habe das Geld vertrunken. Sie habe wohl zu früh geheiratet.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 30

Patient, 44 Jahre alt, Kostenträger: IKK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Soll seine Firma mit einer Abfindung verlassen. Will das aber nicht.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 31

Patient, 37 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 47 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68491.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Er hat fünf uneheliche Kinder, unterhaltspflichtig. Seinen Vater kennt er nicht. Seine Mutter hatte auch ständig Phantomschmerzen nach Oberschenkelamputation links.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 32

Patientin, 43 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 20351.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 33

Patient, 54 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58390.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Unverheiratet. Lebt mit Mutter in einer Wohnung. Vater fiel im Krieg.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 34

Patientin, 36 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Zum Vater ihrer Tochter bestand nur eine kurzfristige Beziehung, dieser sei seit mehr als zehn Jahren verschwunden.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 35

Patient, 50 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 38397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus der Türkei. Einbürgerung.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 36

Patient, 48 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 11 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58393.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Sehr distanziertes Verhältnis zu seinen Eltern. Zum dritten mal verheiratet.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 37

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater nie kennengelernt. Fiel im Krieg.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 38

Patientin, 45 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 93391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Als sie 17 Jahre alt war, wurde sie gezwungen den Vater ihres Kindes zu heiraten. Sie war nicht aufgeklärt gewesen. Ihr Sohn sei dann ganz von ihren Eltern aufgezogen worden. Sie wurde geschieden. Ihr zweiter Mann "habe kein Mitgefühl", meistens "Funkstille". Sie hätte immer Verständnis und Liebe gesucht, aber nie bekommen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 39

Patientin, 31 Jahre alt, Kostenträger: HM, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Wiederverheiratet nach sehr schwieriger erster Ehe; ihr erster Man sei ein Fan von Partnertausch gewesen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 40

Patientin, 71 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 41

Patientin, 67 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vergewaltigungen und Todesängste in der Kriegs- und Nachkriegszeit.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 42

Patient, 56 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Einziger Sohn wurde drogenabhängig und starb bei Dachstuhlbrand, nachdem er entzogen hatte und alles wieder im Lot schien.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 43

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 28397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin aus Bosnien, möchte dorthin zurückkehren. Alle vier Kinder wurden von den Schwiegereltern in Bosnien großgezogen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 44

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 35 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Flucht aus der DDR 1956.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 45

Patient, 52 Jahre alt, Kostenträger: BG-Bau, über 14 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53381.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 46

Patientin, 77 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 21 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 30397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 47

Patient, 52 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte als Kind in der Nachkriegszeit sehr viel in der Landwirtschaft arbeiten.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 48

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: HM, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus der DDR 1954. Vater ihres Kindes trennte sich von ihr vor der Geburt, war vorerst unauffindbar. Es gab nur ein Treffen zwischen ihrem Sohn und dem Vater.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 49

Patient, 32 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 50387.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Beruflich sehr stark gefordert während der letzten Jahre. Ledig, keine feste Beziehung.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 50

Patient, 67 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 23396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

War in amerikanischer Kriegsgefangenschaft.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 51

Patientin, 35 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Nach ihrer Heirat 1986 und Geburt ihres Kindes 1988 seit 1989 alleinlebend. Ehemann außereheliche Beziehung. Problematische Kindheit, bei Großeltern und Patentante aufgewachsen, da Eltern keine Zeit für sie hatten. Mit 14 Jahren wurde sie vergewaltigt, erstattete aber keine Anzeige.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 52

Patientin, 58 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 52 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 93398.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

1945 Flucht aus Pommern, Vater ließ sich 1946 scheiden, danach hatte sie nur noch brieflichen und gelegentlichen Kontakt zu ihm. Zu ihren Kindern habe sie einen sehr guten Kontakt, allerdings war der Älteste in seinem 16. Lebensjahr neun Monate lang spurlos verschwunden (möglicherweise in der spanischen Drogenszene untergetaucht).

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 53

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 12 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater fiel im Krieg als sie zwei Jahre alt war. Keine richtige Erinnerung an ihn. Ihre Mutter war acht Jahre älter als der Vater. 1963 heiratete sie wegen Schwangerschaft. Ihr Bruder warf sie von zuhause raus. Ihr Ehemann ist Alkoholiker und war 15 mal in der Landesnervenklinik, sie hat seit neun Monaten keinen Kontakt mehr zu ihm. Lebt jetzt mit ihrer Mutter.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 54

Patientin, 38 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Arbeiterin aus Rumänien. Mobbing am deutschen Arbeitsplatz.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 55

Patient, 50 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Bruder starb 1958 an Starkstromunfall. Das habe seine sämtlichen Pläne zerstört, da er bei diesem im Betrieb einsteigen wollte.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 56

Patientin, 68 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

War 23 Monate in russischer Kriegsgefangenschaft. 1956 Flucht aus der DDR. Ehemann starb an Nieren-Carcinom. Hat nur zu ihrer Stieftochter Kontakt, zum Stiefsohn eher distanzierteres Verhältnis.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 57

Patient, 32 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Fluchtversuch aus der DDR und anschließende Inhaftierung. Es bestand eine enge Bindung an seine Großmutter, die alleine gestorben sei, weshalb er starke Schuldgefühle habe. In seiner Kindheit habe er oft um Zuwendung kämpfen müssen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 58

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 9 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98357.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Flucht aus Ostpreußen 1944, hat daran noch durchaus deutliche Erinnerungen. Vater kam erst 1955 nach hause ("Fremder Mann"). Er sei ihr auch fremd geblieben.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 59

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Arbeitete seit 39 Jahren im selben Unternehmen. Wurde vor einem halben Jahr dort "freigesetzt". Dagegen hatte er "gekämpft wie ein Löwe". Erfolglos.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 60

Patientin, 57 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr Vater wurde im Krieg verschüttet, dabei erlitt er bleibende Verkrüppelungen am Fuß, kam in Kriegsgefangenschaft. Ihr Verhältnis zur Mutter sei nie gut gewesen, sei viel von ihr geschlagen worden.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 61

Patientin, 50 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 28397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater fiel vor ihrer Geburt im Krieg. Scheidung vom ersten Ehemann, da "dieser nie zuhause war". Erneute Heirat, zweiter Ehemann brachte drei Kinder mit in die Ehe, wobei sie zunächst nur von einem zehnjährigen Jungen wußte. In

In den Haushalt kamen dann aber zwei weitere Kinder dazu. Hier bestünde eine extreme Konfliktsituation.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 62

Patient, 45 Jahre alt, Kostenträger: BG, über 23 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 20357.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte sein Eigenheim wegen Problemen wieder verkaufen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 63

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: KKH, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Keine Kinder ("wegen einer Unterleibsgeschichte"). Ehemann wurde von ihr ein Jahr lang gepflegt. Das "ging an die Nieren".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 64

Patientin, 37 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Zum zweiten Mal geschieden. Seit sechs Jahren nun mit Freund zusammen. Auch hier stehe jetzt die Trennung unmittelbar bevor.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 65

Patientin, 24 Jahre alt, Kostenträger: BG, über 12 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53451.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 66

Patient, 69 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater fiel im Krieg. Zwillingsbruder des Patienten hatte ebenfalls AVK und verstarb im Rahmen eines operativen Eingriffs an einer Embolie.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 67

Patientin, 69 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

In Serbien von 1930 bis 1944 aufgewachsen, wo der Vater eine Fabrik betrieb. 1944 Flucht nach Deutschland, dabei starb der Vater. Neben der Versorgung von Haushalt und Kindern war die Patientin extrem im Geschäft engagiert, so daß sie jahrzehntelang mit 3 - 4 Stunden Schlaf am Tag auskommen mußte.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 68

Patientin, 34 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

In New York geboren, Vater Amerikaner, Eltern trennten sich nach einem Jahr. Mutter ging nach Deutschland zurück. Kein Kontakt zu ihrem Vater, wobei der Wunsch bestand, den Vater einmal kennenzulernen. Der Sohn der Patientin wurde zwangsweise in ein Kinderheim gebracht und von der Patientin aus dem Heim entführt. Mehrfach gescheiterte Partnerschaften.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 69

Patient, 34 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 70

Patient, 32 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68481.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Zum Zeitpunkt des Unfalls Trennung von Partnerin nach siebenjähriger Beziehung.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 71

Patientin, 20 Jahre alt, Kostenträger: Freie Heilfürsorge, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58394.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 72

Patient, 20 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58394.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater fiel im Krieg, als der Patient wenige Tage alt war. Die erste Ehefrau des Patienten verstarb an Lungenembolie nach Hysterektomie im Alter von 30 Jahren. Die gemeinsamen Kinder waren damals 3 und 6 Jahre alt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 73

Patientin, 58 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 13 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98367.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 74

Patientin, 31 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Studiert und arbeitet in Paris. Das habe sie außerordentlich intensiv belastet. Seit acht Jahren bestehe eine "schwierigste Partnerschaft" zu einem Franzosen, die allerdings seit ihrer Erkrankung "phantastisch und harmonisch" sei. Innerhalb von sieben Monaten sei er dreimal an Wochenenden bei ihr gewesen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 75

Patient, 54 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 63397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 76

Patient, 50 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 88397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mutter starb nach 1 1/2-jährigem Leiden, als er 9 Jahre alt war an Magenkrebs. Dann sei er von der Großmutter aufgezogen worden.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 77

Patient, 62 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58937.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

1955 Flucht in den Westen, hatte vorher dreijährige Haftstrafe in der DDR aus politischen Gründen bekommen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 78

Patientin, 51 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Lebt mit den Schwiegereltern in einem Haus, wobei ein äußerst gespanntes Verhältnis zur Schwiegermutter bestand, die von der Patientin gepflegt wurde. Die Patientin sagt von sich selbst, daß sie nie etwas anderes als Arbeit gekannt habe.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 79

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 80

Patientin, 45 Jahre alt, Kostenträger: GEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr zweiter Ehemann habe mit 41 Jahren einen Herzinfarkt erlitten.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 81

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: KKH, über 12 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Sei als Kriegskind geboren worden. Habe Diphtherie und Herzasthma gehabt und sei deshalb häufig in Heimen gewesen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 82

Patientin, 28 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Eltern geschieden. Elternhaus geprägt durch viel Streit und Ärger, die Eltern hätten nur wegen der Schwester geheiratet, sie habe immer zwischen den Eltern vermittelt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 83

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte viel in der elterlichen Landwirtschaft mithelfen, wurde zur ungelernten Arbeiterin. Sie habe das elterliche Haus ausgebaut, dann sei die Mutter gekommen und habe Miete verlangt. Nach der ersten Ehe blieben die vier Kleinen bei der Patientin, die drei Großen beim Vater. Jetzt seien alle Kinder aus dem Haus und sie habe ein Pflegekind.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 84

Patient, 52 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 23391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus der DDR 1990.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 85

Patientin, 69 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 23581.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 86

Patientin, 30 Jahre alt, Kostenträger: KKH, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58368.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 87

Patient, 47 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Im Alter von elf Jahren habe er mit seiner 4 1/2 Jahre alten Schwester auf einem von Kühen gezogenen Leiterwagen gesessen und die Bremse bedient. Dann seien die Kühe durchgegangen, die Schwester heruntergefallen und umgekommen. Der Tod der Schwester sei niemals in der Familie besprochen worden und man habe nie etwas unternommen, um ihn zu entlasten. Bis heute würde er sich Vorwürfe machen und überlegen, ob er die Bremse wirklich fest genug angezogen habe.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 88

Patientin, 49 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 89

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53387.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Französin. Lebt seit 1 1/2 Jahren in Deutschland. In erster Ehe mit einem Maler verheiratet ("vergewaltigt").

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 90

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58384.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 91

Patient, 37 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 0 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93573.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

War zum Zeitpunkt der Diagnose "Rheuma" 1975 sehr gut belastbar. Aber dann mußte er deswegen eine Lehre als Drucker abbrechen und begann ein Lehramtsstudium, machte das 2. Staatsexamen. Da die Beschwerden aber zu diesem Zeitpunkt auf alle Gelenke übergegriffen hatten, bekam er keine Anstellung als Lehrer.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 92

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr Ex-Mann habe ihre Tochter wohl gegen sie "aufgewühlt". Sie habe keinen Kontakt mehr zu ihrer Tochter.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 93

Patientin, 48 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 88397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 94

Patientin, 33 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

US-Amerikaner. In Grenada im Krieg gewesen. Zeitweiser Aufenthalt in USA, zeitweise in Deutschland. Wurde festgenommen, weil er angeblich seine Tochter mißbraucht habe. Wurde dann aber freigesprochen. Ist sehr entrüstet über das Verhalten der deutschen Polizei. Bei einem Autounfall sei sein Freund in seinem Schoß verstorben. Das habe ihn sehr mitgenommen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 95

Patient, 51 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98398.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiter aus der Türkei.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 96

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin aus Kroatien.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 97

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ehemann Magen-Carcinom. Sie versorgt eine behinderte Schwester.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 98

Patient, 22 Jahre alt, Kostenträger: Freie Heilfürsorge, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 20351.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 98

Patient, 41 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ehefrau hatte Polytrauma und anschließende Epilepsie, außerdem hatte sie Mamma-Ca und -OP. Als Kind habe er "den Putz von den Wänden gefressen" und sei schon immer sehr schmerzempfindlich gewesen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 99

Patient, 28 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 63351.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 100

Patient, 54 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 88394.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

An Krebs erkrankt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 102

Patient, 63 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58394.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 103

Patientin, 48 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Sie kenne ihren leiblichen Vater nicht, dieser sei Marokkaner gewesen und nach Aussage der Mutter verstorben. Die Kindheit sei nicht glücklich gewesen, sie habe immer gespürt, daß sie nicht das Kind ihres Stiefvaters sei.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 104

Patientin, 37 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Extreme Belastung im Beruf und zuhause. Fehlende Anerkennung.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 105

Patientin, 44 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 21 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin aus Bosnien. Ihre Kinder wurden von den Schwiegereltern in Jugoslawien aufgezogen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 106

Patient, 54 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

18 Jahre lang Schicht gearbeitet.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 107

Patient, 49 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 108

Patientin, 57 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 109

Patientin, 31 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 110

Patientin, 41 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Zum dritten Mal verheiratet.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 111

Patient, 43 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 10 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Seine Kinder leben in einer Pflegefamilie, bzw. im Heim.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 112

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98398.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 113

Patient, 46 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 114

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 115

Patientin, 60 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 10 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58597.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater fiel im Krieg. War ausgebombt. Mußte schon als Kind schwer arbeiten.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 116

Patientin, 40 Jahre alt, Kostenträger: KVB, über 94 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gipsschale wegen Skoliose vom 2. bis 12. Lebensjahr. Bruder mit Motorrad tödlich verunglückt. Schwiegertochter mit Geisterfahrer zusammengestoßen und dabei verbrannt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 117

Patient, 35 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 118

Patientin, 59 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 63396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte von klein auf im familieneigenen Landwirtschaftsbetrieb mitarbeiten.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 119

Patient, 33 Jahre alt, Kostenträger: BG-Einzelhandel, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 20451.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 120

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: GEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Kriegstrauma. Überstarke Mutterbindung. Vater auch Kriegsleiden.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 121

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Keine eigenen Kinder. Hat zwei Adoptivkinder.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 122

Patientin, 57 Jahre alt, Kostenträger: KKH, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 28371.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Schmerzhafter Väterverlust. Weint deswegen jetzt noch, wenn darüber gesprochen wird.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 123

Patientin, 63 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Väterverlust mit 10 Jahren, mußte schon früh viel arbeiten.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 124

Patientin, 45 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 63363.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 125

Patientin, 45 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 19 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68491.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 126

Patient, 53 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 127

Patient, 27 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 128

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Wegen chronisch entzündlicher Prozesse wurde ihr das ganze Genitale exstirpiert. Von ihrem ersten Ehemann war sie oft geschlagen worden. Ihr Sohn ist Alkoholiker.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 129

Patientin, 44 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 7 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Habe keine Beziehung zu ihrem Vater gehabt. Ihre Mutter sei sehr schwierig. Ein Bruder habe sich erhängt. Sie waren zehn Geschwister, drei davon sind schon tot.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 130

Patient, 47 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98393.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 131

Patientin, 66 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater fiel im Krieg. Mußte viel und schon in jungen Jahren zur Versorgung der Familie beitragen. Habe immer Tag und Nacht gearbeitet.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 132

Patient, 53 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 133

Patientin, 56 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr Sohn hatte Hoden-Krebs; Semikastration.; Chemotherapie. Sie leider immer mit.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 134

Patient, 20 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 60351.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 135

Patientin, 46 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 50386.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus Rußland nach Deutschland.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 136

Patient, 64 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 42 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 91397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Uneheliches Kind. Seine Mutter habe sich nicht um ihn gekümmert.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 137

Patient, 56 Jahre alt, Kostenträger: IKK, über 7 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater war in russischer Gefangenschaft. Patient kann sich erst seit seinem 11. Lebensjahr an seinen Vater erinnern. Hat als Fünfjähriger Mainz und -Kastell in Flammen gesehen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 138

Patientin, 74 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Drei ihrer fünf Söhne kamen im Krieg um. Sie selbst wurde verschüttet.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 139

Patient, 34 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 140

Patient, 56 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 23451.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 141

Patient, 28 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 03697.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Kontakt zu seinen drei Geschwistern abgebrochen. Auch keinen Kontakt mehr zu seinen Eltern.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 142

Patientin, 70 Jahre alt, Kostenträger: GEK, über 13 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 143

Patientin, 61 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98387.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus der DDR.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 144

Patient, 36 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 145

Patient, 43 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiter aus Kroatien

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 146

Patientin, 73 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93393.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Sie habe "über ihre Kräfte hinaus gearbeitet".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 147

Patient, 50 Jahre alt, Kostenträger: BG GUV, über 69 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58491.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Lebt in Trennung von zweiter Ehefrau.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 148

Patient, 52 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mobbing am Arbeitsplatz.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 149

Patient, 56 Jahre alt, Kostenträger: KKH, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Führt seit Jahren vielfältige Gerichtsverfahren, weil er sich ungerecht behandelt fühlt. Hat deswegen auch familiäre Probleme.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 150

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: IKK, über 13 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 51397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Außereheliches Kind. Schwierige Familienverhältnisse. Die ersten 2 1/2 Jahre ihres Lebens verbrachte sie im Heim. Sei viel geschlagen worden. Die Mutter wollte sie nicht und sagte immer wieder zu ihr: "Hätte ich Dich doch in den Bach geworfen!"

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 151

Patient, 67 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53897.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 152

Patientin, 43 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Aus Österreich. Uneheliches Kind. Vater habe sich nie gemeldet. Wuchs bei ihrer Großmutter auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 153

Patient, 53 Jahre alt, Kostenträger: BG Großhandel, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 20381.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vaterverlust im Krieg. Hatte diesen nie kennengelernt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 154

Patientin, 34 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 155

Patientin, 47 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 156

Patient, 40 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 157

Patientin, 48 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53390.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 158

Patient, 66 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98393.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 159

Patient, 54 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Nie Urlaub, immer "Maloche" seit 23 Jahren. Geboren in der DDR, Übersiedlung nach Westdeutschland 1961.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 160

Patientin, 56 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin aus Kroatien.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 161

Patientin, 60 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 162

Patientin, 51 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Scheidung der Eltern, als sie 12 Jahre alt war. Praktisch keine (!) Erinnerungen an den Vater. Wuchs bei der Großmutter auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 163

Patient, 48 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 67 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 38396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Lernte seinen Vater erst mit sechs Jahren kennen (Kriegs- und Nachkriegszeit). Da habe plötzlich ein fremder Mann im Bett der Mutter gelegen und diese habe ihm erklärt, daß dies sein Vater sei.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 164

Patientin, 64 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 7 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68387.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Scheidung nach 40 Jahren Ehe. Ehemann verschwinde aber nicht aus ihrem Leben.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 165

Patientin, 32 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 08394.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mutterverlust kurz nach der Geburt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 166

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vom Vater wurde sie sexuell mißbraucht und geschlagen. Die Mutter wollte die Patientin während einer schizophrenen Phase ermorden.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 167

Patient, 58 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53287.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 168

Patient, 42 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 169

Patientin, 34 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 28391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 170

Patient, 37 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 171

Patientin, 47 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 50 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 18367.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 172

Patient, 36 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58328.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 173

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53366.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte schon als Kind viel arbeiten.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 174

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 15 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 18397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater beging Selbstmord.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 175

Patient, 30 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 176

Patient, 49 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 177

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr Vater war Alkoholiker und starb bei einem Autounfall. Ihre Eltern waren geschieden.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 178

Patientin, 40 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 23398.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Uneheliches Kind. Erlebte sich immer als Außenseiterin, ausgenutzt und schlecht behandelt. Wurde von ihrer Mutter massiv körperlich mißhandelt. Ihren Stiefvater erlebte sie als zugewandt, wenn auch wenig präsent. Die Sehnsucht ihren leiblichen Vater kennenzulernen, konnte sie nie befriedigen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 179

Patientin, 90 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 60471.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 180

Patient, 72 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 20391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 181

Patientin, 48 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 50391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr Ehemann begann Beziehung zur besten gemeinsamen Freundin. Dadurch massive Traumatisierung des Sohnes, u. a. Suizidgedanken.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 182

Patientin, 44 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 83366.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Umsiedlerin aus Polen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 183

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: BG Bahnen, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 28381.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 184

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vaterverlust im Krieg. Keine Erinnerung an seinen Vater. Traumatisiert durch den Krieg.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 185

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 08397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Sei "200-prozentig", ihr Ehemann auch.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 186

Patientin, 32 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 9 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Litt unter "hysterischer" Mutter. Vater war schon immer Alkoholiker. Die Großmutter war schmerzmittelabhängig.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 187

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 60391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Aus der ehelichen Wohnung ausgezogen wegen "Problemen".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 188

Patientin, 43 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53496.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vaterverlust mit drei Jahren.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 189

Patientin, 56 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98877.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 190

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 23386.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 191

Patient, 55 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 192

Patient, 47 Jahre alt, Kostenträger: L-BG, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 20451.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 193

Patientin, 35 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 12 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98390.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte schon als Kind viel arbeiten. Hatte (deshalb) schon als 8-jährige Rückenschmerzen. Der damals deswegen aufgesuchte Orthopäde sprach von "Einbildung".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 194

Patient, 47 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98398.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Kommt aus Kasachstan. Mußte dort mit 13 Jahren die Schule verlassen, da er versehentlich die Lehrerin geschlagen hatte.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 195

Patientin, 51 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 18367.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gastarbeiterin. Ist nur in Nachtschicht tätig.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 196

Patient, 50 Jahre alt, Kostenträger: GEK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

24 Jahre lang Schichtarbeit.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 197

Patient, 57 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Als Kind gearbeitet. Schon damals Rückenschmerzen gehabt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 198

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Adoptivkind. Leiblicher Vater unbekannt. Hat ihre leibliche Mutter nur einmal kennengelernt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 199

Patientin, 46 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 9 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vaterverlust vor der Geburt. Umsiedlung 1957 aus der DDR nach Westdeutschland.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 200

Patientin, 51 Jahre alt, Kostenträger: KKH, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98367.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 201

Patientin, 31 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 93537.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Hat keine (!) positiven Erinnerungen an ihre Kindheit.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 202

Patient, 67 Jahre alt, Kostenträger: IKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 53496.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 203

Patient, 67 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 90391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 204

Patient, 53 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 68371.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:
Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 205

Patient, 54 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 50396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater- und Mutter-Verlust im Kindesalter. "War danach fünftes Rad am Wagen".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 206

Patientin, 62 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93367.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

In der Kindheit und Jugend schwere Entbehrungen erlitten, mußte schwer arbeiten; Schläge vom Vater. Mit 15 Jahren mußte sie Akkordarbeit verrichten.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 207

Patient, 40 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 53296.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 208

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 24 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 90397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Hatte kein eigenes Zimmer, sondern mußte bis zum 21. Lebensjahr im Schlafzimmer der Eltern übernachten. Mußte Metzgereifachverkäuferin lernen, obwohl sie lieber Hotelfachkraft geworden wäre. Wurde vergewaltigt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 209

Patientin, 59 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93859.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Problematische Beziehung zum Vater.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 210

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: BG Nahrungsmittel, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 28451.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Kontaktverlust zu ihrem Sohn nach Scheidung.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 211

Patientin, 67 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 37 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

"Zuviel geschuftet. 18-Stunden-Tag".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 212

Patient, 40 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98399.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mobbing am Arbeitsplatz.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 213

Patientin, 45 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 214

Patient, 40 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 215

Patientin, 50 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 50496.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mobbing am Arbeitsplatz.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 216

Patientin, 44 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 38 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Trennung vom Ehemann, da dieser eine außereheliche Beziehung aufnahm. Die Scheidung steht bevor.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 217

Patient, 52 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 28351.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 218

Patient, 57 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 33396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vorzeitige Pensionierung wegen Dienstunfähigkeit.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 219

Patientin, 56 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 107 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 50363.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Unheilbar an Krebs erkrankt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 220

Patient, 47 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Er sei von seinem Vater "dressiert" worden. Perfektionistisch, 150-prozentig.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 221

Patient, 44 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 222

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 25 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater: Suizid. Ehemann an Hirntumor verstorben.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 223

Patient, 46 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Firma konkurs.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 224

Patientin, 58 Jahre alt, Kostenträger: Knappschaft, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 38497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Während des Krieges aus Pommern evakuiert. Dann auf der Flucht. Als ihr Sohn drei Monate alt war, wurde ihr Mann zum Frührentner.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 225

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.
IASP-Klassifikation: 38497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ihr Bruder starb durch eine Handgranate. Ihr Vater starb an Lymphdrüsenkrebs.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 226

Patient, 63 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Einwanderer aus Libanon.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 227

Patient, 47 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93384.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 228

Patient, 52 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 13366.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Einbürgerung. Durch die schwere Krankheit und nachfolgenden Tod einer Nichte sei die ganze Familie sehr mitgenommen worden.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 229

Patient, 17 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 63557.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung nach Deutschland. Mutter verstorben. Wurde von seinem Onkel adoptiert.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 230

Patient, 61 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 13366.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mutter verstorben. Wurde adoptiert.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 231

Patientin, 50 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlerin.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 232

Patient, 40 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 233

Patientin, 64 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 20381.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Schwere Erkrankung des Ehemannes.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 234

Patient, 40 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 93397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Er habe "keine" Kindheit gehabt. Pflegt geistig behinderte Schwester.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 235

Patientin, 27 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 17 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 28398.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Unerwartete Kündigung.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 236

Patientin, 42 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 17 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Stammt aus der DDR. Umsiedlung aus Belgien nach Westdeutschland. Sei "unerwünschtes Kind" und "viel geschlagen worden".

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 237

Patientin, 50 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 8 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater fiel kurz nach ihrer Geburt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 238

Patientin, 53 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 12 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 13396.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vater-/ Beziehungsprobleme.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 239

Patientin, 59 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 18394.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 240

Patient, 54 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Früher Vaterverlust (2 Jahre alt), Traumatisierung durch Kriegereignisse im Kindesalter (Flacktreffer, Blut lief von getroffenem Soldaten über den Patienten).

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 241

Patientin, 49 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Gebürtige Ungarin. Wurde im Alter von zwei Jahren ausgewiesen.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 242

Patient, 48 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 33391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 243

Patient, 31 Jahre alt, Kostenträger: BG Verwaltung, über 7 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 244

Patient, 24 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 16 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Keinen oder kaum Vaterkontakt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 245

Patient, 34 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 38391.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Ältester von zwölf Geschwistern.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 246

Patient, 52 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Seine Freundin brachte sich zusammen mit den beiden gemeinsamen Kindern um.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 247

Patientin, 50 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Aus Breslau. 1983 Übersiedlung nach Deutschland. Belastend: Erste Jahre in Deutschland und eine bedrohliche Erkrankung des Ehemannes.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 248

Patientin, 36 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98497.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus der Türkei. Kinderlos.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 249

Patient, 50 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58399.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Konfliktsituation am Arbeitsplatz.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 250

Patientin, 52 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus Griechenland.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 251

Patient, 68 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 20381.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 252

Patient, 40 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 23758.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Vaterverlust mit 6 Jahren. Psychogene Lähmung mit 10 Jahren durch Trennung von der Mutter. Übersiedlung nach Deutschland vor 20 Jahren.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 253

Patient, 58 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 8397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung aus Jugoslawien.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 254

Patientin, 65 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 38386.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 255

Patientin, 51 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 38399.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Depressive Erkrankung des Ehemannes mit mehrfachem stationärem Aufenthalt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 256

Patient, 37 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 257

Patient, 31 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68368.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Z. n. Seminom.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 258

Patientin, 50 Jahre alt, Kostenträger: BKK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mußte auf Druck der Eltern einen Beruf lernen, den sie nicht erlernen wollte.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 259

Patientin, 46 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 4 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 260

Patient, 38 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 261

Patient, 45 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 2 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Seit Jahrzehnten Schichtarbeit.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 262

Patientin, 38 Jahre alt, Kostenträger: Privat, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 13281.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Seit einem Jahr in Deutschland. Wurde in der Schweiz zweimal vergewaltigt.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 263

Patient, 48 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 5 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 264

Patient, 44 Jahre alt, Kostenträger: TKK, über 10 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Er sei immer ein Schlüsselkind gewesen. Eigentlich sollte es ihn gar nicht geben. Er war kein Wunschkind. Nach dem Tod seiner Mutter kam er in ein katholisches Internat ("Schlafsaal mit sechzig Kindern").

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 265

Patient, 51 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 58467.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Mobbing am Arbeitsplatz. Ehefrau starb an Mamma-Carcinom. Die letzten Lebensjahre seiner Frau seien extrem belastend gewesen. Sein Sohn ist tagsüber bei einer Pflegestelle.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 266

Patientin, 54 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 3 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Kündigung wegen Fehlzeiten. Ehemann war bei US-Army; Kündigung wegen Truppenabzug.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Laufende Nummer: 267

Patientin, 84 Jahre alt, Kostenträger: DAK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 268

Patient, 81 Jahre alt, Kostenträger: BEK, über 6 Monate hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 68387.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Es fielen keine biographischen Besonderheiten auf.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Negative Biographie**“.

Laufende Nummer: 269

Patientin, 56 Jahre alt, Kostenträger: AOK, über 1 Monat hinweg in der Schmerzambulanz behandelt.

IASP-Klassifikation: 98397.

Auszug (Stichworte) aus der Patientenbiographie:

Übersiedlung von Schlesien in die DDR, danach Übersiedlung nach Westdeutschland. Sohn floh über Ungarn nach Westdeutschland.

Zusammen mit den übrigen Angaben in der Patientenakte wurde dies gewertet als „**Positive Biographie**“.

Literaturverzeichnis

1. Adler, R., Hemmeler, W. (1992) Anamnese und Körperuntersuchung, Stuttgart: G. Fischer
2. Ahrens, S. (2001) Psychogener Schmerz. In: Zenz, M. & Jurna, I., Lehrbuch der Schmerztherapie (Seite 785-793). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsanstalt mbH
3. Alaranta, H., Hurme, M., Einola, S., Falck, B., Kallio, V., Knuts, L.R., Lahtela, K., Törmä, T. (1990) A prospective study of patients with sciatica. A comparison between conservatively treated patients and patients who have undergone operation. In: U.T. Egle & S.O. Hoffmann (Hrsg.), Der Schmerzkranke (Seite 487). Stuttgart, New York: Schattauer
4. Aronoff, G.M., Evans, W.O. (1982) Evaluation and treatment of chronic pain at the Boston Pain Center. *Journal for Clinical Psychiatry* **43** : 4-7
5. Baron, R., Maier, Ch., Ulrich, H. W. (2001) Komplexe regionale Schmerzsyndrome (CRPS)- sympathische Reflexdystrophie und Kausalgie. In: Zenz, M., Jurna, I. (Hrsg.) Lehrbuch der Schmerztherapie (Seiten 625-642). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH
6. Barrett, A.J., Breen, A.C. (2000) Adverse effects of spinal manipulation. *Journal Royal Society Medicine* **93** : 258-259
7. Baumann, D. (1998) Das Chronische Lumbalsyndrom. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren* **39** : 170-179
8. Bazelmans, E., Vercoulen, J.H., Swanink, C.M., Fennis, J.F., Galama, J.M., van Weel, C., van der Meer, J.W., Bleijenberg, G. (1999) Chronic fatigue Syndrom and Primary Fibromyalgia Syndrome as recognized by GPs. *Family Practice* **16** : 602-4
9. Beck, R. (1990) Möglichkeiten und grenzen der Akupunktur bei somatoformen Erkrankungen. *Akupunktur Theorie und Praxis* **18** : 11-17
10. Becker, N., Thomsen, A.B., Olsen, A.K., Sjogren, P., Bech, P., Eriksen, J. (1997) Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* **73** : 393-400
11. Bellissimo, A., Tunks, E. (1984) Chronic pain. New York: Praeger

12. Benjamin, S., Morris, S., McBeth, J., Macfarlane, G.J., Silman, A.J. (2000) The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis Rheumatology* **43** : 561-7
13. Berg, P.A. (2000) Fibromyalgie - eine Störung der neuroendokrinen Immunregulation ? *StK - Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie*
14. Berger-Schmitt, R. (1996) Rückenschmerzen in Ost- und Westdeutschland. *Gesundheitswesen* **58** : 519-524
15. Beutel, M. (1988) Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke* (Seite 486). Stuttgart, New York: Schattauer
16. Birklein, F., Weber, M., Ernst, M., Riedl, B., Neundörfer, B., Handwerker, H.O. (2000) Experimental tissue acidosis leads to increased pain in complex regional pain syndrome (CRPS). *Pain* **87** : 227-34
17. Birnbaum, K. (2000) Klare Leitlinien für Diagnostik und Therapie können helfen, überflüssige Untersuchungen zu verhindern. *Ärzte Zeitung*, Nr. 185, 17.10.2000: 9
18. Bischoff, H. (1993) Grundlagen und Indikationen der manuellen Therapie. *Erfahrungsheilkunde* **42** : 411-414
19. Blumberg, H. (1991) Neurologische Aspekte der Klinik, Pathophysiologie und Therapie der sympathischen Reflexdystrophie (Kausalgie, Morbus Sudeck). *Nervenarzt* **62** : 205-211
20. Blumer, D., Heilbronn, M. (1982) Chronic pain as a variant of depressive disease. *The journal of nervous and mental disease* **170** : 381-406
21. Bonica, J.J. (1990) Causalgia and other reflex sympathetic dystrophies. In: Bonica, J.J. (Hrsg.): *The management of pain*. Vol. 1 (Seite 220-243). Philadelphia, London: Lea & Febiger
22. Bosse, F. (1998) Zur therapeutischen Nutzung von Placeboeffekten im Rahmen einer schmerztherapeutischen Behandlung mit Transkutane Elektrischer Nervenstimulation. Inauguraldissertation. Fachbereich Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover
23. Blumer, D., Heilbronn, M. (1982) Chronic pain as a variant of depressive disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease* **170** : 381-406

24. Brattberg, G., Thorslund, M., Wikman, A. (1989) The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke*. Stuttgart, New York: Schattauer
25. Broniewicz, J. (1993) Über das Schmerzphänomen. Dissertation, Universität München, Seite 22
26. Brown, J.J., Wells, G.A., Trottier, A.J., Bonneau, J., Ferris, B. (1998) Back pain in a large Canadian police force. *Spine* 23 : 821-7
27. Cassisi, J., Sypert, G., Salamon, A., Kapel, L. (1989) Independent Evaluation of a Multidisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Low Back Pain. *Neurosurgery* 25 : 877-83
28. Chrubasik, S., Eisenberg, E., Balan, E., Weinberger, T., Luzzati, R., Conradt, Ch. (2000) Treatment of Low Back Pain Exacerbations with Willow Bark Extract: A Randomized Double-Blind Study. *The American Journal of Medicine* 109 : 9-14
29. Dertwinkel, R., Strumpf, M., Hosbach, I., Donner, B., Zenz, M. (1999) Phantom-schmerzprophylaxe - Therapeutische Optionen und Perspektiven. *Der Schmerz (Supplement 1)* 13 : S29
30. Dvorak, J., Gauchatt, M.H., Valach, L. (1988) The outcome of operation for lumbar disc herniation. A 4-17 years follow-up with emphasis on the somatic aspects. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke* (Seite 487). Stuttgart, New York: Schattauer
31. Dworkin, S.F., VonKorff, M., LeResche, L. (1990) Multiple pains and psychiatric disturbance - An epidemiologic investigation. *Archives General Psychiatry* 47 : 239-244
32. Ecker-Egle, M.-L., Egle, U.T. (1993) Primäre Fibromyalgie. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke* (Seite 530-543). Stuttgart, New York: Schattauer
33. Egle, U.T. (1993a) Historische Entwicklung des Schmerzverständnisses. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke* (Seite 19-28). Stuttgart, New York: Schattauer
34. Egle, U.T. (1993b) Die biographische Anamnese als diagnostische Grundlage im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke* (Seite 182-190). Stuttgart, New York: Schattauer

35. Egle, U.T., Hoffmann, U.T., Schwab, R., Steinert, H. (1993) Sympathische Reflexdystrophie (Morbus Sudeck). In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, Der Schmerzkranke (Seite 565-575). Stuttgart, New York: Schattauer
36. Egle, U.T., Nickel, R. (1998) Kindheitsbelastungsfaktoren bei Patienten mit somatoformen Störungen. Zeitschrift für Psychosomatik Med Psychoanal **44** : 21-36
37. Egle, U.T. (1999) Spezielle Schmerztherapie (Seite 161), Stuttgart, New York: Schattauer
38. Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (2000) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung: Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart, New York: Schattauer
39. Egle, U.T. (2000) Die somatoforme Schmerzstörung. Deutsches Ärzteblatt **97** : A-1469-1473
40. Eich, H. (2000) Akupunktur bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden und Angststörungen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie **68** : 137-144
41. Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science **196** : 129-136
42. Epstein, S.A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., Kuck, J., Leslie, V., Masur, D., Wagner, M., Waid, R., Zisook, S. (1999) Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. Psychosomatics **40** : 57-63
43. Ernst, E., White, A. R. (1998) Acupuncture for Back Pain. Archives of Internal Medicine **158** : 2235-41
44. Ernst, E. (2000) Wie harmlos sind Phytotherapeutika? Münchner Medizinische Wochenschrift **143** : 22
45. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine **14** : 245ff
46. Fichtner, K. (1993) Postoperativer und Phantomschmerz. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, Der Schmerzkranke (Seite 557-564). Stuttgart, New York: Schattauer
47. Fishbain, D.A., Cutler, R.B., Rosomoff, H.L., Steele Rosomoff, R. (1998) Comorbid psychiatric disorders in chronic pain patients with psychoactive substance use disorders. The Pain Clinic **11** : 79-87

48. Flor, H., Elbert, T., Knecht, S. (1995) Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. *Nature* **375** : 482-484
49. Forth, W., Henschler, D. (1996) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. München: Urban & Fischer
50. Fox, E.J., Melzack, R. (1976) Transcutaneous electrical stimulation and acupuncture: comparison of treatment for low back pain. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke* (Seite 487). Stuttgart, New York: Schattauer
51. Francois, M.M. (1997) Somatoform pain disorder. *Neurorehabilitation* **8** : 193-200
52. Fromberger, I., Wichmann-Dorn, E. (1993) Hypnose und Entspannungsverfahren bei Schmerz. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranke* (Seite 357-368). Stuttgart, New York: Schattauer
53. Gatchel, R., Polatin, P., Mayer, T., Garcy, P. (1994) Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Archives Physical Medical Rehabilitation* **75** : 666-670
54. Gatchel, R.J., Epker, J. (1999) Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment. In: Gatchel, R.J., Turk, D.C. (Hrsg.) *Psychosocial factors in pain* (Seiten 412-434). New York, London: The Guilford press
55. Geissner, E., Würtele, U. (1990) Themen und Trends einer Psychologie des Schmerzes. *Manuelle Medizin* **28** : 42-47
56. Gerbershagen, U. (1986) Organisierte Schmerzbehandlung. Eine Standortbestimmung. *Internist* **27**: 459-469
57. Göbel, H., Fresenius, J., Heinze, A., Dworschak, M., Soyka, D. (1996) Effektivität von *Oleum menthae piperitae* und von Paracetamol in der Therapie des Kopfschmerzes vom Spannungstyp. *Nervenarzt* **67** : 672-81
58. Gralow, I. (2000) Psychosoziale Risikofaktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen. *Schmerz* **14** : 104-110
59. Grebner, M., Breme, K., Rotherl, R., Woertgen, C., Hartmann, A., Thome, C. (1999) Coping und Genesungsverlauf nach lumbaler Bandscheibenoperation. *Schmerz* **13** : 19-30

60. Hansen, F.R., Bendix T., Skov, P., Jensen, C.V., Kristensen, J., Krohn, L., Schoeler, H. (1998) Intensive, dynamic back muscle exercises, conventional physiotherapy or placebo-control treatment of low back pain. *Spine* **18** : 98
61. Hasenbring, M., Ahrens, St. (1987) Depressivität, Schmerzwahrnehmung und Schmerzerleben bei Patienten mit lumbalem Bandscheibenvorfall. *Psychotherapie med. Pschol* **37** : 149-155
62. Hasenbring, M. (1996) Kognitive Verhaltenstherapie chronischer und prächronischer Schmerzen. *Psychotherapeut* **41** : 313-325
63. Hasenbring, M. (2001) Biopsychosoziale Grundlagen der Chronifizierung am Beispiel von Rückenschmerzen. In: Zenz, M. & Jurna, I., *Lehrbuch der Schmerztherapie* (Seite 185-196). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsanstalt mbH
64. Hausotter, W. (1998) Fibromyalgie - ein entbehrlicher Krankheitsbegriff ? *Versicherungsmedizin* **50** : 13-17
65. Hefermann, R. (1992) in Leeser, R. (Hrsg.) *Ambulante und stationäre Therapie chronischer Schmerzen*. Stuttgart: Enke, Seite 49-50
66. Heger, S. (1999) Zur Psychosomatik des Failed-back-Syndroms: warum Rückenschmerzen chronifizieren. *Nervenarzt* **70** : 225-232
67. Hell, D. (1982) Weichteilrheumatismus und Persönlichkeit: eine kontrollierte Studie. *Schweizerische Rundschau Med.* **71** : Seite1014-1021
68. Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Saur, P., Franz, C., Seeger, D. (1996) Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP), Teil 1: Ergebnisse im Überblick. *Der Schmerz* **10** : 190-203
69. Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Saur, P., Franz, C., Seeger, D. (1997) Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP), Teil 4: Prognostik und Fazit. *Der Schmerz* **11** : 30-41
70. Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Meyer, R. (2000) Ist die Steigerung körperlicher Leistungsfähigkeit ein Garant für den Therapieerfolg in multimodalen Programmen? *Der Schmerz (Suppl.)* **14** : 82
71. Hobson, R. (1990) *The forms of feeling: The heart of psychotherapy*. London: Routledge

72. Hoffmann, S.O., Egle, U.T. (1989) Der psychogen und psychosomatisch Schmerzranke. Psychotherapie Psychosom. Med. Psychologie **39** : 193-201
73. Huneke, H. (1991) Die Physiologie des Schmerzes und seine Behandlung mit Neuraltherapie. Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren **32** : 678-683
74. Hüppe, M., Matthiessen, V., Lindig, M., Preuss, S., Meier, T., Baumeier, W., Gerlach, K, Schmucker, P. (2001) Vergleich der Schmerzchronifizierung bei Patienten mit unterschiedlicher Schmerzdiagnose: Analyse auf der Basis des Mainzer Stadienmodells. Schmerz **15** : 179-185
75. Huse, E., Larbig, W., Birbaumer, N., Flor, H. (2001) Kortikale Reorganisation und Schmerz. Empirische Befunde und therapeutische Implikationen am Beispiel des Phantomschmerzes. Schmerz **15** : 131-137
76. Jage, J. (1998) Medikamente gegen Krebschmerzen. London, Glasgow, Weinheim, New York, Tokyo, Melbourne, Madras: Chapman and Hall, Seite15
77. Keitel, W. (1999) Das Fibromyalgiesyndrom - außer Kontrolle ? Fortschritte der Medizin **117** : 32-36
78. Kessler, M., Hrabal, V. (1997) Schmerzintensität, Stimmung und medizinische Maßnahmen bei Patienten mit prächronischen Rückenschmerzen. Schmerz **11** : 85-90
79. Kleijnen, J., Knipschild, P., ter Riet, G. (1991) Clinical trials of homoeopathy. British Medical Journal **302** : 316-23
80. Kleinhenz, J., Streitberger, K., Windeler, J., Gessbacher, A., Mavridis, G., Martin, E. (1999) Randomised clinical trial comparing the effects of acupuncture and a newly designed placebo needle in rotator cuff tendinitis. Pain **83** : 235-41
81. Kohl, F. (2000) Die Progressive Muskelentspannung nach E. Jacobson - ein „natürliches Entspannungsverfahren“. Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren **41** : 800-809
82. Kooijman, C.M., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H., Elzinga, A., van der Schans, C.P. (2000) Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees: an epidemiological study. Pain **87** : 33-41
83. Kouyanou, K., Pither, Ch. E., Wessely, S. (1997) Iatrogenic factors and chronic pain. Psychosomatic Medicine **59** : 597-604

84. von der Laage, D. (1999) in: Schockenhoff, B. (Hrsg.), *Spezielle Schmerztherapie*, München, Jena: Urban & Fischer, Seite 191-204
85. Laine, L. (1999) Effect of the COX-2 specific inhibitor (C-2SI) rofecoxib on ulcer formation. *Gastroenterology* **116** : A229
86. Lang, E., Eisele, R., Jankowsky, H., Kastner, S., Liebig, K., Martus, P., Neundörfer, B. (2000) Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Schmerz* **14** : 146-159
87. Linde, K., Clausius, N., Ramirez, G., Melchart, D., Eitel, F., Hedges, L., Jonas, W. (1997) Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects ? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *The Lancet* **350** : 834-843
88. Linton, S.J. (1997) A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain* **73** : 47-53
89. Loeser, J., Egan, K. (1989) *Managing the Chronic Pain Patient: Theory and Practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center*. Raven
90. Lundenberg, Melchart (1999), Thomas & Lundeberg, 1996
91. Mauskop, A., Grossmann, W.M., Schmidramsl, H. (2000) Petasites hybridus (Butterbur root) extract is effective in the prophylaxis of migraines. Results of a randomized; double-blind trial. *Headache* **40** : 420 ff
92. Mayer, T.G., Gatchel, R.J. (1998) *Functional restoration for spinal disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger
93. Melzack, R., Wall, P. (1965) Pain mechanisms: A new theory. *Science* **150** : 971-978
94. Melzack, R., Casey, K. (1968) Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In: Kenshalo, D. (Hrsg.) *Pain measurement and assessment* (Seite 41-49). New York: Raven
95. Melzack, R. (1978) *Das Rätsel des Schmerzes*. Hippokrates, Stuttgart
96. Melzack, R. (1999) From the gate to the neuromatrix. *Pain; Suppl.* **6** : 121-6
97. Merskey, H. (Hrsg.) (1986). *Classification of chronic pain*. *Pain (Suppl.)* **3** : 1-226
98. Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* **71** : 535-542
99. Mullersdorf, M., Soderback, I. (2000) Assessing health care needs: the actual state of self-perceived activity limitation and participation restrictions due to pain in a

- nationwide Swedish population. *International Journal for Rehabilitation Research* **23** : 201-7
100. Nickel, R. (1992) Das chronisch benigne Schmerzsyndrom: Demographische Parameter bei der Population einer Schmerzambulanz. Dissertation, Universität Mainz
101. Nickel, R., Egle, U.T. (1999) Therapie somatoformer Schmerzpatienten. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Stuttgart: Schattauer
102. Nikolajsen, L., Ilkjaer, S., Christensen, J., Kroner, K., Jensen, T. (1997) Randomised trial of epidural bupivacaine and morphine in prevention of stump and phantom pain in lower-limb amputation. *Lancet* **350** : 1353-57
103. Papageorgiou, A.C., Croft, P.R., Thomas, E., Ferry, S., Jayson, M., Silman, A.J. (1996) Influence of previous pain experience on the episode incidence of low back pain: results from the South Manchester back Pain Study. *Pain* **66** : 181-185
104. Parkes, C.M. (1973) Factors determining the persistence of phantom pain in the amputee. *Journal of Psychosomatic Research* **17** : 97-108
105. Pflingsten, M., Leibing, E., Franz, C., Bansemer, D., Busch, O., Hildebrandt, J., Erfassung der „fear-avoidance-beliefs“ bei Patienten mit Rückenschmerzen - Deutsche Version des „fear-avoidance-beliefs questionnaire“ (FABQ-D). *Schmerz* **11** : 387-395
106. Pflingsten, M. (1998) Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus dem Göttinger Rückenintensivprogramm. In: Radant, S., Grieshaber, R., Schneider, W. (Hrsg.): Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. Leipzig: Monade, 262-284
107. Pflingsten, M, Schöps, P., Wille, Th., Terp, L., Hildebrandt, J. (2000) Chronifizierungsausmaß von Schmerzerkrankungen - Quantifizierung und Graduierung anhand des Mainzer Stadienmodells. *Schmerz* **14** : 10-17
108. Polatin, P. B., Kinney, R. K., Gatchel, R. J., Lillo, E., Mayer, T. G. (1993) Psychiatric illness and chronic low-back pain. *Spine* **18** : 66-71
109. Pollack, H.-J., Neumann, R., Pollack, E. (1980) Morbus Sudeck und Psyche. *Beitr. Orthopäd. Traumatol.*, **27** : 463-468
110. Rains, C., Bryson, H.M. (1995) Topical capsaicin. A review of its pharmacological properties and therapeutic potential in post-herpetic neuralgia, diabetic neuropathy and osteoarthritis. *Drugs Aging* **7** : 317-28

111. Raus, A.L. (1999) A series of 104 posttraumatic cases of reflex sympathetic dystrophy. *Acta Orthopaedica Belgica* **65** : 86-90
112. Rautenstrauch, J. (2000) Die Fibromyalgie belastet Patienten, Ärzte und Pfleger gleichermaßen. *Ärzte-Zeitung*, Nr. 185, 17.10.2000
113. Riedl, B., Beckmann, T., Neundörfer, B., Handwerker, H.O., Birklein, F. (2001) Autonomic failure after stroke – is it indicative for pathophysiology of complex regional pain syndrome ? *Acta Neurologica Scandinavica* **103** : 27-34
114. Roy, R. (1985) Engel's Pain-Prone Disorder Patient: 25 Years After. *Psychotherapy Psychosomatic* **43** : 126-135
115. Sadow, P., Naumann, H. (1990) Behandlung des LWS-Syndroms nach neuraltherapeutischen Gesichtspunkten. *Natur- und Ganzheitsmedizin* **3** : 289-91
116. Schepank, H. (1987) Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim. Berlin: Springer
117. Schilcher, H. (1999) Phytopharmaka in der Schmerztherapie.
Der Schmerz (Supplement 1) **13** : 26
118. Schmid, B., Lüdtke, R., Selbmann, H.-K., Kötter, I., Tschirdewahn, B., Schaffner, W., Heide, L. (2000) Wirksamkeit und Verträglichkeit eines standardisierten Weidenrindenextraktes bei Arthrose-Patienten: Randomisierte, placebo-kontrollierte Doppelblindstudie. *Zeitschrift für Rheumatologie* **59** : 1-7
119. Schochat, T., Jackel, W.H. (1998) Prävalenz von Rückenschmerzen in der Bevölkerung. *Rehabilitation* **37** : 216-23
120. Schulz-Venrath, U. (1993) Chronische Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzkranken* (Seite 460-488). Stuttgart, New York: Schattauer
121. Schwab, R. (1997) Psychische und psychosomatische Störungsbilder bei chronischen Schmerzpatienten – Häufigkeit, Differenzierungsparameter und Versorgungsstrukturen. *Der Schmerz* **11** : 65
122. Seres, J.L., Painter, J.R., Newman, R.I. (1981) Multidisciplinary treatment of chronic pain at the Northwest pain center. In: Lorenz, K.Y., Ng, M.D. (Hrsg.): *New approaches to treatment of chronic pain* (Seite 41-65). Research Monograph, **36**. Rockville/Maryland: NIDA
123. Simon, G., VonKorff, M. (1991) Somatization and Psychiatric Disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Psychiatry* **148** : 1494-1500

124. Singh, G. (1996) Gastrointestinal tract complications of nonsteroid antiinflammatory drug treatment in rheumatoid arthritis. A prospective observational cohort study. *Archives of Internal Medicine* **156** : 1530-1536
125. Sorgatz, H., Hege-Scheuing, G., Kopf, A., Maier, C., Sabatowski, R., Schaefer, M., Stein, C., Tölle, T., Willweber-Strumpf, A. (2001) Konsensusbildung zur Opioidlangzeitanwendung bei Nicht-Tumorbedingten Schmerzen; eingereicht zur Veröffentlichung: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, September 2001
126. Stux, G. (1993) in Zenz, M. & Jurna, I., *Lehrbuch der Schmerztherapie*, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Seiten 313-318
127. Taimela, S., Kujala, U.M., Salminen, J.J., Valjanen, T. (1998) The prevalence of low back pain among children and adolescents. A nationwide, cohort-based questionnaire survey in Finland. *Spine* **22** : 1132-6
128. Tauschke, E., Merskey, H., Helmes, E. (1990) Psychological defence mechanisms in patients with pain. *Pain* **40** : 161-170
129. Thoden, U. (2001) Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) in der Schmerzbehandlung. In Zenz, M. & Jurna, I., *Lehrbuch der Schmerztherapie*, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Seiten 545-550
130. Triano, J.J., McGregor, M., Hondras, M.A., Brennan, P.C., (1995), Manipulative therapy versus education programs in chronic low back pain. *Spine* **20** : 948-55
131. van Tulder, M. W., Cherkin, D. C., Berman, B., Lao, L., Koes, B. W. (1999) The effectiveness of acupuncture in the management of acute and chronic low back pain. *Spine* **24** : 1113-23
132. Turk, D., Flor, H. (1987) Pain behaviors: the utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain* **31** : 277-95
133. Turk, D.C., Rudy, T.E., Flor, H. (1988) Cognitive behavioral treatment of chronic pain: an integrated interdisciplinary approach. In U.T. Egle & S.O. Hoffmann, *Der Schmerzranke* (Seite 416). Stuttgart, New York: Schattauer
134. Waddell, G. (1987) A New Clinical Model for the Treatment of Low-Back Pain. *Spine* **12** : 632-644
135. Wambach, S., Rohr, P., Häuser, W. (2001) Opioidtherapiemissbrauch bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung. *Schmerz* **15** : 254-264

136. Wanek, V., Brenner, H., Novak, P., Reime, B. (1998) Rückenschmerzen im Betrieb: Verbreitung, Zusammenhänge mit Arbeitsbedingungen und Änderungswünsche der Beschäftigten. *Gesundheitswesen* **60** : 513-22
137. Weisberg, J. N., Keefe, F.J. (1999) Personality, individual differences, and psychopathology in chronic pain. In: Gatchel, R.J., Turk, D.C. (Hrsg.) *Psychosocial factors in pain* (Seiten 56-73). New York, London: The Guilford press
138. White, A., Ernst, E. (1999) A systematic review of randomised controlled trials of acupuncture for neck pain. *Rheumatology* **38** : 143-147
139. White, A. (2001) Needlework. *New Scientist*, Nr. 2292, 26.5.2001, Seite 42-5
140. Wiech, K., Preißl, H., Birbaumer, N. (2001) Neuronale Netzwerke und Schmerzverarbeitung - Ergebnisse bildgebender Verfahren. *Anästhesist* **50** : 2-12
141. Willweber-Strumpf, A., Zenz, M., Bartz, D. (2000) Epidemiologie chronischer Schmerzen - Eine Befragung in 5 Facharztpraxen in Bochum. *Schmerz* **14** : 84-91
142. Woelk, H., (2000), Comparison of St John`s wort and imipramine for treating depression: randomized controlled trial. *British Medical Journal* **321** : 536-9
143. Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J., Hebert, L. (1995) The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheumatology* **38** : 19-28
144. Wörz, R. (1990) *Chronischer Schmerz und Psyche* (Vorwort). Stuttgart, New York: Fischer
145. Zenz, M. (1995) *Taschenbuch der Schmerztherapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlags-Gesellschaft, Seiten 68-74
146. Zepf, S. (2000) Die Kassenart bestimmt die Behandlung. *Deutsches Ärzteblatt* **97** : A 2822-4
147. Zimmermann, M., Seemann, H (1986) *Der Schmerz. Ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin? Defizite und Zukunftsperspektiven in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin, Heidelberg: Springer

Lebenslauf

Dieter Wettig, geboren am 6. 9.1955 in Mainz

Drei Geschwister

1962 Besuch der Feldbergschule (Grundschule) in Mainz bis 1966

1966 Besuch des Gymnasiums am Kurfürstlichen Schloß in Mainz, Abitur 1974

1974 Studium der Medizin, Universität Mainz, Staatsexamen und Approbation 1981
(Praktisches Jahr 1980-1981 in Rüsselsheim, Wahlfach Gynäkologie)

20.1.1982 ECFMG-Prüfung bestanden

1982-1984 Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin in Weiterstadt bei
Darmstadt

1.10.1982 - 31.11.1982 Akupunktur-Ausbildung in Colombo, Sri Lanka,

1.10.1984 - 15.1.1985 Entwicklungshilfe-Einsatz (Ärzte für die Dritte Welt) in Kalkutta
1984 Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“

1984 Beginn der Akupunktur-Ausbildung bei der DÄGFA

1985-1989 Vertretungstätigkeit und Notfalldiensttätigkeit (KV Rheinhessen)

13.9.1986 Prüfung Neuraltherapie (Internationale Gesellschaft für Neuraltherapie
nach Huneke) bestanden

1988 Zusatzbezeichnung „Homöopathie“

1.8.1989 Niederlassung in eigener Praxis als Vertragsarzt in Mainz

1990 Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“

1.5.1991 Beginn einer fachübergreifenden Kooperation mit drei Psychotherapeuten
und zwei Physiotherapeutinnen im selben Haus (Nachbarpraxen)
(Schwerpunkt: Psychosomatische Krankheiten, Orthopädische Krankheiten,
Schmerztherapie)

12.9.1991 Heirat. Meine Stieftochter wurde am 1.8.1982 geboren.

1993 Bezeichnung „Praktischer Arzt“

- 1993 Weiterbildungsermächtigung für Naturheilverfahren und Homöopathie
(Landesärztekammer Rheinland-Pfalz)
- 1996 Gebietsanerkennung „Facharzt für Allgemeinmedizin“
- 1997 Weiterbildungsermächtigung für Allgemeinmedizin (Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz)
- 31.3.1998 Verkauf meiner Praxis in Mainz und Niederlassung in eigenen Räumen in
Wiesbaden als Vertragsarzt
- 5.-30.10.1998 Praktische und theoretische Akupunktur-Ausbildung in Tian Jin,
VR China
- 1.3.2000 Weiterbildungsermächtigung für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und
Homöopathie (Landesärztekammer Hessen)
- 2.6.2000 A-Diplom Akupunktur (DÄGFA) und Beginn der B-Diplom-Ausbildung
- ab 2001 Teilnahme an den Modellprojekten „Akupunktur“ aller gesetzlichen
Krankenkassen

Wiesbaden, im Februar 2002

Dieter Wettig

Facharzt für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren, Homöopathie, Chirotherapie

Erlkönigweg 8

65199 Wiesbaden

Telefon: 0611-9410541 , Telefax: -9410217 www.wettig.de d@wettig.de

Anhang

Anhangsverzeichnis

- 1. Fragebogen für Schmerzpatienten**
- 2. Strukturierte Biographische Anamnese für Schmerzpatienten (SBAS)**
- 3. Klassifikation chronischer Schmerzen (IASP)**
- 4. Sozio-Demographischer Fragebogen (SVOR)**
- 5. Untersuchungsbogen A2915V+R**
- 6. Aufbereitete Daten in Tabellenform**

Lebenslauf

JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT
Klinik für Anästhesiologie
SCHMERZ-SPRECHSTUNDE
Langenbeckstraße 1 - 55101 Mainz

Fragebogen für Schmerz-Patienten

© R. Schwab, U.T. Egle, W. Nix
Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinik für Neurologie
Universitätsklinikum Mainz

BohloferHein-Dollgo/1994

Name:	_____	Vorname:	_____
geb.:	_____		
PLZ:	_____	Telefon:	_____
Wohnort:	_____	Straße:	_____
Beruf:	_____		
Krankenversicherung:	_____		

1) **Wohnortgröße**

1	<input type="radio"/>	über 600.000
2	<input type="radio"/>	200.000 - 600.000
3	<input type="radio"/>	80.000 - 200.000
4	<input type="radio"/>	30.000 - 80.000
5	<input type="radio"/>	10.000 - 30.000
6	<input type="radio"/>	5.000 - 10.000
7	<input type="radio"/>	1.000 - 5.000
8	<input type="radio"/>	500 - 1.000
9	<input type="radio"/>	unter 500

2) **Nationalität**

1	<input type="radio"/>	in Deutschland geboren		
2	<input type="radio"/>	deutscher Übersiedler/Spätaussiedler	Jahr der Übersiedlung:	<input type="text"/>
3	<input type="radio"/>	anderes Geburtsland:		

3) **Staatsbürgerschaft**

0	<input type="radio"/>	staatenlos
1	<input type="radio"/>	deutsch
2	<input type="radio"/>	Nord-/Westeuropa ?
3	<input type="radio"/>	Südeuropa
4	<input type="radio"/>	Osteuropa
5	<input type="radio"/>	Nordeuropa ?
6	<input type="radio"/>	Asien
7	<input type="radio"/>	Amerika
8	<input type="radio"/>	sonstige
9	<input type="radio"/>	fehlende Angaben

4) **Kostenträger**

1	<input type="radio"/>	RVO-Kasse
2	<input type="radio"/>	Ersatzkasse
3	<input type="radio"/>	Private Krankenversicherung, Beihilfe, Selbstzahler
4	<input type="radio"/>	LVA
5	<input type="radio"/>	BFA
6	<input type="radio"/>	sonstige RV-Kostenträger
7	<input type="radio"/>	Sozialhilfe
8	<input type="radio"/>	Berufsgenossenschaft

5) **Höchster Schulabschluß**

1	<input type="radio"/>	noch in der Schule
2	<input type="radio"/>	Sonderschulabschluß
3	<input type="radio"/>	Hauptschulabschluß
4	<input type="radio"/>	Realschule/Mittlere Reife
5	<input type="radio"/>	Abitur/Fachhochschulreife
6	<input type="radio"/>	ohne Abschluß
7	<input type="radio"/>	sonstiger Abschluß:

6) **Höchster Berufsabschluß**

1	<input type="radio"/>	noch in Berufsausbildung
2	<input type="radio"/>	Lehre
3	<input type="radio"/>	Meister
4	<input type="radio"/>	Fachhochschule/Universität
5	<input type="radio"/>	ohne Abschluß
6	<input type="radio"/>	sonstiger Abschluß:

7) **Derzeitige Berufstätigkeit**

1	<input type="radio"/>	Arbeiter(in)
2	<input type="radio"/>	Facharbeiter(in)
3	<input type="radio"/>	einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamter(in)
4	<input type="radio"/>	höhere(r) Angestellte(r)/Beamter(in)
5	<input type="radio"/>	Selbständige(r)
6	<input type="radio"/>	Auszubildende(r)/Umschüler(in)
7	<input type="radio"/>	Schüler(in)/Student(in)
8	<input type="radio"/>	Hausfrau/Hausmann
9	<input type="radio"/>	Rentner(in)/Pensionär(in)
10	<input type="radio"/>	ohne Beruf
11	<input type="radio"/>	sonstiges:

8) **Erwerbstätigkeit**

1	<input type="radio"/>	voll erwerbstätig
2	<input type="radio"/>	teilzeitbeschäftigt
3	<input type="radio"/>	nicht erwerbstätig
4	<input type="radio"/>	arbeitslos
5	<input type="radio"/>	Minderung der Erwerbstätigkeit/Grad der Behinderung: ____ %
6	<input type="radio"/>	zur Zeit laufendes Rentenverfahren
7	<input type="radio"/>	bereits berentet

*z.H. arbeitsunfähig / Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
... Wochen*

9) **Familienstand**

1	<input type="radio"/>	ledig
2	<input type="radio"/>	verheiratet
3	<input type="radio"/>	wiederverheiratet
4	<input type="radio"/>	getrennt lebend
5	<input type="radio"/>	geschieden
6	<input type="radio"/>	verwitwet

10) **Haben Sie Zwillingsgeschwister?**

1	<input type="radio"/>	ja
2	<input type="radio"/>	nein

11) **Anzahl der Kinder**

12) **Größe des Haushalts**

Erwachsene

Kinder

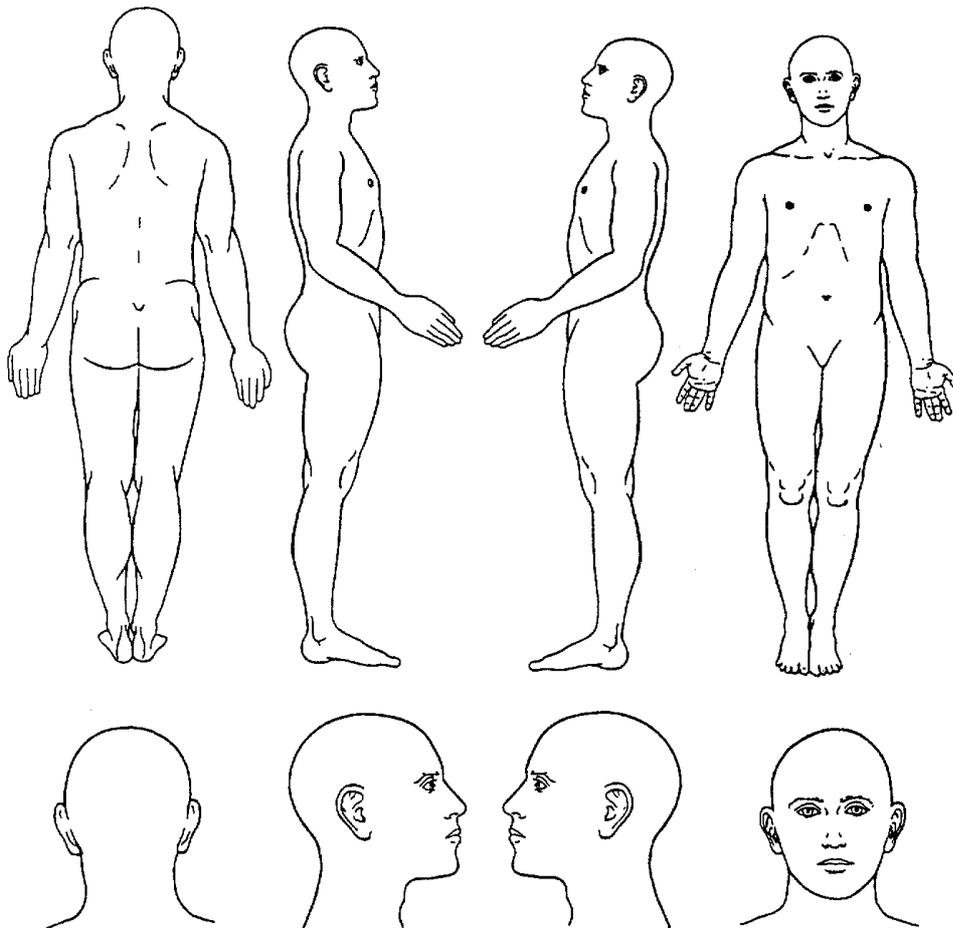
13) **Wohnsituation**

1	<input type="radio"/>	Untermiete
2	<input type="radio"/>	Wohnung/Haus
3	<input type="radio"/>	Wohngemeinschaft
4	<input type="radio"/>	Wohnheim
5	<input type="radio"/>	Fürsorgeheim
6	<input type="radio"/>	Obdachlosenasyl
7	<input type="radio"/>	bei Eltern/Schwiegereltern
8	<input type="radio"/>	sonstiges: _____

15) An welcher Stelle fühlen Sie Schmerz?

Bitte markieren Sie auf dem Schaubild, an welcher Stelle oder in welchem Gebiet Sie Schmerz empfinden.

Kennzeichnen Sie Ausstrahlungen durch einen Pfeil.



16) Wie empfinden Sie Ihre Schmerzen?

Einige der Worte, die unten angeführt sind, beschreiben Ihre augenblicklichen Schmerzen.

Nachfolgend finden Sie 20 Wortgruppen. Lassen Sie die Wortgruppen weg, die nicht auf Ihre Schmerzen zutreffen.

Unterstreichen Sie pro Wortgruppe **nicht mehr als ein** Wort, das Ihre Schmerzempfindung wiedergibt.

Beispiel: elektrisierend
stromstoßartig
 blitzartig durchzuckend

Wenn Ihre Schmerzen z.B. "stromstoßartig" sind, unterstreichen Sie dieses Wort wie im Beispiel.

Trifft kein Wort dieser Wortgruppe auf Sie zu, gehen Sie bitte zur nächsten Gruppe über.

1 pulsierend klopfend hämmernd pochend	2 durchzuckend einschießend blitzartig elektrisierend	3 spitz stechend bohrend wühlend	4 durchtrennend scharf scheidend zerreißend sägend
5 dumpf drückend zermalmend schwer	6 ziehend zerrend reißend dehnend	7 heiß brennend glühend siedend	8 kribbelnd juckend beißend
9 empfindlich weh wund gefühllos	10 kühl kalt eisig	11 kneifend klemmend krampfartig nagend	12 wellenförmig wehenartig kolikartig
13 beengend beklemmend würgend	14 ermüdend erschöpfend betäubend zermürend	15 schweißtreibend Übelkeit erregend Ohnmacht hervorrufend erstickend	16 plagend quälend marternd grausam peinigend
17 beunruhigend beängstigend furchterregend erschreckend	18 unangenehm störend lästig scheußlich	19 umschrieben ausstrahlend ausbreitend	20 wütend rasend mörderisch vernichtend

17) **Wie stark sind Ihre Schmerzen?**keine maximal

Bitte machen Sie durch einen senkrechten Strich auf der Linie deutlich, wie Sie die entsprechende Frage zwischen den beiden angegebenen Polen beantworten würden.

18) **Wann begannen die Schmerzen? Falls Sie sich nicht an genaue Daten erinnern können, schätzen Sie bestmöglich den Zeitraum.**

_ _ _ _	
Tag Monat Jahr	
1	vor 1 Woche
2	vor mehr als 1 Woche
3	vor 1 Monat
4	vor mehr als 1 Monat
5	vor 1/2 Jahr
6	vor 1/2 bis 1 Jahr
7	vor 1 bis 2 Jahren
8	vor 2 bis 5 Jahren
9	vor 5 bis 10 Jahren
10	vor mehr als 10 Jahren

19) **In welchem Ausmaß vermindern die Schmerzen Ihre tägliche Aktivität?**
(Vergleichen Sie dazu Ihre jetzigen geistigen und körperlichen Möglichkeiten mit denen vor Ausbruch der Schmerzen.)

1	10 %
2	20 %
3	30 %
4	40 %
5	50 %
6	60 %
7	70 %
8	80 %
9	90 %
10	100 %

20) Ich schlafe üblicherweise nachts:

1	<input type="radio"/>	mehr als 8 Stunden
2	<input type="radio"/>	5 - 8 Stunden
3	<input type="radio"/>	2 - 5 Stunden
4	<input type="radio"/>	1 - 2 Stunden
5	<input type="radio"/>	weniger als 1 Stunde

21) Leiden Sie unter Schlafstörungen?

1	<input type="radio"/>	ja
2	<input type="radio"/>	nein

22) Wenn ja:

A) Können Sie schlecht einschlafen?

1	<input type="radio"/>	regelmäßig
2	<input type="radio"/>	häufig
3	<input type="radio"/>	manchmal
4	<input type="radio"/>	selten
5	<input type="radio"/>	nie

B) Wachen Sie nachts auf?

1	<input type="radio"/>	regelmäßig
2	<input type="radio"/>	häufig
3	<input type="radio"/>	manchmal
4	<input type="radio"/>	selten
5	<input type="radio"/>	nie

23) Zu welcher Tageszeit sind Ihre Schmerzen am stärksten?

1	<input type="radio"/>	meine Schmerzen sind immer gleich
2	<input type="radio"/>	morgens
3	<input type="radio"/>	mittags
4	<input type="radio"/>	abends
5	<input type="radio"/>	nachts

24) Verschlechtern sich die Schmerzen in Abhängigkeit von:

ja	nein	
		Wetter
		Aufregung
		Entspannung
		Festerabend
		Ärger
		Freude
		körperlicher Belastung
		Alkohol
		Medikamente
		Hunger
		Speisen
		Kauen
		Menstruation
		Schwangerschaft
		Wechseljahren
		Nikotin
		sonstiges:

25) Haben Eltern, Geschwister, Verwandte oder Bekannte die gleichen oder ähnliche Schmerzen?

1	<input type="radio"/>	nein
2	<input type="radio"/>	ja, Mutter
3	<input type="radio"/>	ja, Vater
4	<input type="radio"/>	ja, Geschwister
5	<input type="radio"/>	ja, Bekannte
6	<input type="radio"/>	ja, Ehepartner
7	<input type="radio"/>	ja, Arbeitskollegen

26) Führen Sie die Schmerzen auf ein besonderes Ereignis zurück?

1	<input type="radio"/>	nein
2	<input type="radio"/>	ja, auf Krankheit
3	<input type="radio"/>	ja, auf Operation
4	<input type="radio"/>	ja, auf Verschleiß
5	<input type="radio"/>	ja, auf Unfall
6	<input type="radio"/>	ja, auf einen Infekt
7	<input type="radio"/>	ja, auf seelische Belastung
8	<input type="radio"/>	ja, auf andere Ereignisse. Welche:
9	<input type="radio"/>	sonstiges:

27) Können Sie die Schmerzen günstig beeinflussen?

1	<input type="radio"/>	nein
2	<input type="radio"/>	ja, durch Wärme
3	<input type="radio"/>	ja, durch Kühlen
4	<input type="radio"/>	ja, durch Reiben/Druck/Massage
5	<input type="radio"/>	ja, durch Ruhighalten
6	<input type="radio"/>	ja, durch Medikamente
7	<input type="radio"/>	ja, durch Bewegung
8	<input type="radio"/>	ja, durch Ausruhen
9	<input type="radio"/>	ja, durch besondere Körperhaltung Welche:
10	<input type="radio"/>	sonstiges:

28) Welche Medikamente nahmen Sie wegen Ihrer Schmerzen bis heute ein?

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
Beispiel: Aspirin	Tabl. 500 mg	3 x 1 pro Tag	Jan. 92 - Jun. 94

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			

29) Welches Medikament hilft Ihnen am besten?

1	<input type="radio"/>	keines
2	<input type="radio"/>	Medikament a)
3	<input type="radio"/>	Medikament b)
4	<input type="radio"/>	Medikament c)
5	<input type="radio"/>	Medikament d)
6	<input type="radio"/>	Medikament e)

30) Sind Sie gegen bestimmte Medikamente überempfindlich?

1	<input type="radio"/>	ja
2	<input type="radio"/>	nein

Wenn ja, gegen welche?

31) Haben Sie schon einmal eine Medikamenten-Entziehungskur gemacht?

1	<input type="radio"/>	ja
2	<input type="radio"/>	nein

32) Von welchen Ärzten wurden Sie bisher wegen Ihrer jetzigen Beschwerden untersucht?

Bitte Anzahl der verschiedenen Untersucher eines Fachgebietes eintragen.
(Sollten Sie z.B. wegen Ihrer jetzigen Beschwerden bei zwei verschiedenen Augenärzten gewesen sein, so tragen Sie in der entsprechenden Zeile unter Anzahl eine **2** ein.)

Anzahl

	Augenarzt
	HNO-Arzt
	Kieferorthopäde
	Zahnarzt
	Neurochirurg
	Chirurg
	Orthopäde
	Internist
	Hautarzt
	Frauenarzt

Anzahl

	Urologe
	Röntgenologe
	Neurologe
	Psychotherapeut
	Psychiater
	Praktischer Arzt
	Anästhesist/Narkosearzt
	Immunologe
	Toxikologe
	Schmerztherapeut

33) Haben Sie zusätzlich noch andere Untersuchungs- oder Beratungsstellen aufgesucht?

Wenn ja, welche:

34) Welche Diagnose bzw. Diagnosen wurden hinsichtlich Ihrer Schmerzen gestellt?

a) _____

b) _____

c) _____

35) Von welchen Ärzten wurden Sie bisher wegen Ihrer jetzigen Schmerzen behandelt?

Bitte Anzahl der verschiedenen Behandler eines Fachgebietes eintragen.

(Sollten Sie z.B. wegen Ihrer jetzigen Beschwerden von zwei verschiedenen Augenärzten behandelt wurden, so tragen Sie in der entsprechenden Zeile unter Anzahl eine **2** ein.)

Anzahl

_____	Augenarzt
_____	HNO-Arzt
_____	Kieferorthopäde
_____	Zahnarzt
_____	Neurochirurg
_____	Chirurg
_____	Orthopäde
_____	Internist
_____	Hautarzt
_____	Frauenarzt

Anzahl

_____	Urologe
_____	Röntgenologe
_____	Neurologe
_____	Psychotherapeut
_____	Psychiater
_____	Praktischer Arzt
_____	Anästhesist/Narkosearzt
_____	Immunologe
_____	Toxikologe
_____	Schmerztherapeut

36) Wie wurde Ihre Schmerzen bisher behandelt?

ja	nein	
		mit Medikamenten
		durch Operation
		mit Akupunktur
		mit Chiropraktik
		mit Nervenblockaden
		mit Quaddelbehandlung
		mit Narbenumspritzung
		mit Einspritzung in Gelenken
		mit Vereisung
		mit autogenem Training
		mit Psychotherapie
		mit Hypnose
		mit Rotlichtbestrahlung
		mit Kurzweile
		mit Ultraschall
		mit Elektrobehandlung/TENS
		mit Krankengymnastik
		mit Massagen
		mit Bädern
		mit Packungen
		mit heißer Rolle
		mit Sauna
		mit Badekuren
		mit Diäten
		andere Maßnahmen: Welche?

37) Stationäre Therapien wegen der Schmerzen:

Art der Klinik	von	bis

38) **Frühere/andere Krankenhausaufenthalte wegen Erkrankungen/Operationen, die nichts mit den jetzigen Schmerzen zu tun hatten.**

(Bitte möglichst vollständig angeben!)

Art der Klinik	von	bis	Behandlungsgrund (z.B. Operation, Kur, Reha, Psychotherapie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

39) **Ist das Gefühl anhaltender Erschöpflichkeit (Müdigkeit) ein weiteres und schwerwiegendes Gesundheitsproblem für Sie?**

1 ja

2 nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

40) **Wann begann die Erschöpflichkeit? Falls Sie sich nicht an genaue Daten erinnern können, schätzen Sie bestmöglich den Zeitraum.**

	Tag	Monat	Jahr	
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor 1 Woche
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor mehr als 1 Woche
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor 1 Monat
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor mehr als 1 Monat
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor 1/2 Jahr
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor 1/2 bis 1 Jahr
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor 1 bis 2 Jahren
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor 2 bis 5 Jahren
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor 5 bis 10 Jahren
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor mehr als 10 Jahren

41) **Wie stark ist Ihre Erschöpflichkeit?**

nicht _____ maximal

Bitte machen Sie durch einen senkrechten Strich auf der Linie deutlich, wie Sie die entsprechende Frage zwischen den beiden angegebenen Polen beantworten würden.

Kreuzen Sie jetzt aus den folgenden jene Beschwerden an, die Sie während der letzten 4 Wochen gesundheitlich beeinträchtigt haben:

42) **Halsentzündungen**

1	<input type="checkbox"/>	_____	ja
2	<input type="checkbox"/>	_____	nein

43) **Lymphknotenveränderungen**

1	<input type="checkbox"/>	_____	ja
2	<input type="checkbox"/>	_____	nein

44) **Vergeßlichkeit**

1	<input type="checkbox"/>	_____	ja
2	<input type="checkbox"/>	_____	nein

45) **Probleme, klar zu denken oder sich zu konzentrieren**

1	<input type="checkbox"/>	_____	ja
2	<input type="checkbox"/>	_____	nein

46) **Deutlich zunehmende Erschöpflichkeit nach psychischem Streß oder körperlicher Belastung**

1	<input type="checkbox"/>	_____	ja
2	<input type="checkbox"/>	_____	nein

Vielen Dank !

STRUKTURIERTE BIOGRAPHISCHE ANAMNESE

FUR SCHMERZPATIENTEN

SBAS

von Herrn/Frau _____

geb. am: _____

durchgeföhrt von _____

am: _____



SBAS 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SBAS 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Patientennummer	Datum	Tag . Monat . Jahr
SBAS 3	<input type="text"/> <input type="text"/>	SBAS 4	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Alter des Patienten		männl.
			weibl.
			Geschlecht d. Patienten

SBAS 100 BESCHWERDEENTWICKLUNG

SBAS 101 Wann begannen die Schmerzen?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Tag Monat Jahr

1	<input type="checkbox"/>	genaues Datum
2	<input type="checkbox"/>	ungefähres Datum
3	<input type="checkbox"/>	weiß nicht genau
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 102 Wie alt waren Sie als die Schmerzen einsetzten?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Jahre

SBAS 103 Bisherige Dauer der Beschwerden?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Monate

SBAS 104 Gab es schmerzfreie Zeiträume (> 2 Monate)

<input type="text"/> 1 <input type="text"/>	ja	<input type="text"/> 2 <input type="text"/>	nein	<input type="text"/> 8 <input type="text"/>	nicht abgeklärt
---	----	---	------	---	-----------------

- SBAS 105 Welche Ärzte und andere Behandler haben Sie wegen der Schmerzen aufgesucht? (vgl. Patientenblatt 1)

--	--

Anzahl

- SBAS 106 Wegen der Schmerzen bisher durchgeführte operative Eingriffe:

--	--

Anzahl

diagnostisch

--	--

Anzahl

therapeutisch

- SBAS 107 Bisherige Klinikaufenthalte wegen der Schmerzen:

--	--

Anzahl

--	--	--

Wochen d. Aufenthalte insgesamt

SBAS 200 SYMPTOMABKLÄRUNG

- SBAS 201 Verändern sich die Schmerzen durch:

	keine Veränder- ung	besser	schlechter
	0	1	2
Sitzen			
Stehen			
Liegen			
Bewegung			
Ruhe			

SBAS 205 Leiden Sie augenblicklich noch unter anderen Beschwerden?
Welche?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 206 Was verstärkt oder lindert Ihre Schmerzen? (vgl. Patientenblatt II)

● SBAS 207 Nehmen Sie Schmerzmedikamente?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0		nein
Anzahl		1		regelmäßig
		2		bei Bedarf
		8		nicht abgeklärt

● SBAS 208 Welche Schmerzmedikamente?

Klartext: _____

0/1		Monopräparat (ASS, Paracetamol)
0/1		Kombinationspräparat mit Coffein, Codein u. a.
0/1		Morphinderivat
0/1		Ergotamin-Präparat
0/1		Tranquilizer
0/1		sonstige Psychopharmaka
00		keine

SBAS 209 Wie ist die Wirkung der Schmerzmedikamente?
(vgl. Patientenblatt a)

--	--	--

Wert

SBAS 210 Wie war früher die Wirkung der Schmerzmedikamente?
(vgl. Patientenblatt b)

--	--	--

Wert

SBAS 300 ALTANAMNESE

SBAS 301 In welchem Alter hatten Sie erstmals wesentliche gesundheitliche Probleme?

--	--

Jahre

SBAS 302 In welchem Alter hatten Sie erstmals nervlich-seelische Probleme?

--	--

Jahre

SBAS 303 Litten Sie jemals unter häufigerem Erbrechen (nicht während der Schwangerschaftsmonate) ?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 304 Hatten Sie schon einmal Schwierigkeiten beim Gehen (nicht einfach als Folge von Bein-, Hüft- oder Rückenschmerzen)?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 305 Hatten Sie schon häufiger Rückenschmerzen?

0	<input type="checkbox"/>	nein
1	<input type="checkbox"/>	ja
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 306 Litten Sie schon öfters unter Bauchschmerzen?

0	<input type="checkbox"/>	nein
1	<input type="checkbox"/>	ja
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 307 Ging es Ihnen stimmungsmäßig schon einmal so schlecht, daß Sie Selbstmordgedanken hatten?

0	<input type="checkbox"/>	nein
1	<input type="checkbox"/>	ja
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 308 Litten Sie schon einmal unter Atembeschwerden bzw. Atemnot (ohne körperliche Belastung)?

0	<input type="checkbox"/>	nein
1	<input type="checkbox"/>	ja
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 309 Litten Sie schon einmal unter Schmerzen in Armen und Beinen (nicht in Gelenken)?

0	<input type="checkbox"/>	nein
1	<input type="checkbox"/>	ja
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 310 Kennen Sie Schmerzen in anderen Körperteilen (weder in Rücken, Gelenken, Armen, Beinen)?

0	<input type="checkbox"/>	nein
1	<input type="checkbox"/>	ja
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 311 Hatten Sie jemals unter starken Periodenschmerzen gelitten?

0	<input type="checkbox"/>	nein
1	<input type="checkbox"/>	ja
8	<input type="checkbox"/>	nicht abgeklärt

SBAS 312 Haben Sie jemals festgestellt, daß Sie sich nicht an das erinnern können, was Sie über einige Stunden oder sogar Tage hinweg gemacht haben?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 313 Wenn ja: Hatten Sie davor irgendwelche Medikamente oder in größeren Mengen auch Alkohol zu sich genommen?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 314 Hatten sie jemals Schwierigkeiten mit dem Schlucken oder ein unangenehmes Kloßgefühl im Hals, das länger als etwa eine Stunde anhielt?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 315 Hatten Sie schon einmal ein Brennen im Mund, im After oder an Geschlechtsteilen?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 316 Können Sie sich an eine Zeit erinnern, wo Sie keinen Appetit hatten?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 317 Ist bzw. war Ihr Sexualleben für Sie insgesamt wichtig?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 318 Haben Sie schon einmal Ihre Stimme verloren, so daß Sie länger als eine halbe Stunde nur flüstern konnten (nicht als Folge einer Erkältung)?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 319 Haben Sie schon einmal irgendwelche Beschwerden gehabt, die Ihnen selbst unerklärlich vorkamen?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 320 Wurde Ihnen die Gebärmutter entfernt?

0		nein
1		ja (organische Ursache)
2		ja (Schmerzen)
3		ja (weiß nicht warum)
8		nicht abgeklärt
9		nicht zutreffend (männl. Pat.)

SBAS 321 Hatten Sie jemals einen Unfall?

--	--

Anzahl

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 322 Welche Beschwerden hatten Sie durch den Unfall?

0/1	Beschwerden im gleichen Körperteil
0/1	Art der Beschwerden ähnlich wie jetzt
88	nicht abgeklärt

SBAS 323 Hatten Sie jemals einen Krankenhausaufenthalt?

--	--

Anzahl

0	nein
1	ja
8	nicht abgeklärt

SBAS 324 Welche Beschwerden hatten Sie damals?

0/1	Beschwerden im gleichen Körperteil
0/1	Art der Beschwerden ähnlich wie jetzt
88	nicht abgeklärt

SBAS 325 Gab es als Kind Krankenhausaufenthalte?

a) Vor dem 7. Lebensjahr

--	--	--

Aufenthalt in Wochen insgesamt

b) Im Alter von 7 - 13

--	--	--

Aufenthalt in Wochen insgesamt

SBAS 326 Waren Sie während früherer Krankenhausaufenthalte mit den von den Ärzten durchgeführten Behandlungen zufrieden?

1	idealisiert
2	zufrieden
3	indifferent
4	enttäuscht/unzufrieden
5	verärgert/völlig unzufrieden
6	weiß nicht
8	nicht abgeklärt

SBAS 400 FAMILIENANAMNESE

- 2 SBAS 401 Gab es schwerwiegende Krankheiten bei Eltern, Großeltern, Schwiegereltern, Geschwistern oder nahen Freunden?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

Wenn ja, welche? _____

0/1		Krankheiten im gleichen Organgebiet wie die Schmerzen
0/1		Art der Beschwerden ähnlich wie jetzt
88		nicht abgeklärt

- SBAS 403 War die Mutter während der ersten 14 Lebensjahre chronisch krank oder körperlich behindert?

0		nein
1		ja, vor dem 7. Lebensjahr
2		ja, zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr
8		nicht abgeklärt

- SBAS 404 War der Vater während der ersten 14 Lebensjahre chronisch krank oder körperlich behindert?

0		nein
1		ja, vor dem 7. Lebensjahr
2		ja, zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr
8		nicht abgeklärt

- SBAS 405 Litt die Mutter unter seelisch-nervlichen Problemen (z.B. Depressionen, Selbstmordgedanken, Psychose ...)?

0		nein
1		ja, vor dem 7. Lebensjahr
2		ja, zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr
8		nicht abgeklärt

SBAS 406 Litt der Vater unter seelisch-nervlichen Problemen (z.B. Depressionen, Selbstmordgedanken, Psychose ...) ?

0		nein
1		ja, vor dem 7. Lebensjahr
2		ja, zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr
8		nicht abgeklärt

SBAS 407 Hatte die Mutter ein ausgeprägtes Alkohol- oder anderes Suchtproblem?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 408 Hatte der Vater ein ausgeprägtes Alkohol- oder anderes Suchtproblem?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 409 Wenn Eltern/Geschwister gestorben, woran?
Klartext: _____

00		nein
0/1		Symptomatik im gleichen Organgebiet wie die Schmerzen
0/1		Symptomatik ähnlich des Beschwerdebildes jetzt
88		nicht abgeklärt

SBAS 410 Wenn Eltern/Geschwister gestorben, wann?
Klartext: _____

00		nicht
0/1		Anniversary reaction
0/1		enger zeitlicher Zusammenhang (3 Monate)
88		nicht abgeklärt

SBAS 411 Wie verstanden Sie sich als Kind gefühlsmäßig mit der Mutter (vgl. Patientenblatt c) ?

--	--	--

Werte

Die Beziehung war:

1		tragfähig
2		oberflächliche Zuneigung
3		interesselos / gleichgültig
4		Ablehnung / Vernachlässigung
5		keine Erinnerung
0		keine Mutter
8		nicht abgeklärt

SBAS 412 Wie verstanden Sie sich als Kind gefühlsmäßig mit dem Vater? (vgl. Patientenblatt d) ?

--	--	--

Werte

Die Beziehung war:

1		tragfähig
2		oberflächliche Zuneigung
3		interesselos / gleichgültig
4		Ablehnung / Vernachlässigung
5		keine Erinnerung
0		keinen Vater
8		nicht abgeklärt

SBAS 413 Wie wurde von den Eltern Zuneigung gezeigt?

	Vater	Mutter
0/1		
0/1		
0/1		
0/1		
00		
88		

körperlich
materiell
in Worten
nur an Leistung gekoppelt
gar nicht
nicht abgeklärt

SBAS 414 Gab es in der Beziehung zwischen den Eltern häufig Streitigkeiten?

00		nein
0/1		ja (Naturell)
0/1		ja (Geld)
0/1		ja (Alkohol)
0/1		ja (außereheliche Beziehung)
0/1		ja (Sonstiges)
88		nicht abgeklärt

SBAS 415 Gab es zwischen den Eltern häufiger körperliche Auseinandersetzungen?

0		nein
1		ja Vater → Mutter
2		ja Mutter → Vater
3		ja beide gegenseitig
8		nicht abgeklärt

SBAS 416 Wenn es zu Streitigkeiten kam, wie verhielten Sie sich dann?

01		es gab nie Streit
02		war unbeteiligt
03		ergriff Partei
04		zog mich zurück
05		übernahm Vermittlung
06		hatte Schuldgefühle
07		hatte Angst
08		fühlte mich bedroht
09		ich war der Sündenbock
88		nicht abgeklärt

SBAS 417 War bei Meinungsverschiedenheiten eine persönliche Auseinandersetzung mit den Eltern möglich?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 418 Wurden Sie als Kind geschlagen oder sonst mißhandelt?

0		nie
1		selten
2		manchmal
3		häufig
4		regelmäßig
5		weiß nicht mehr
8		nicht abgeklärt

SBAS 419 Wie?

00		nicht
0/1		umschrieben
0/1		ganzer Körper
0/1		mit der Hand
0/1		mit Stock, Peitsche o.ä.

0		nicht
1		affektiv kontrolliert
3		affektiv unkontrolliert
8		nicht abgeklärt

SBAS 420 Tod/Trennung/Scheidung der Eltern:

	Tod	Trennung	Scheidung	
0/0				nicht
0/1				vor d. 7. Lj.
0/1				7. - 14. Lj.
0/1				14. - 18. Lj.
88				nicht abgeklärt

SBAS 421 Waren Sie vor dem 14. Lebensjahr länger als 6 Wochen von den Eltern getrennt?
Wie oft? Wie lange insgesamt?

Mal Wochen

SBAS 422 Hatten sie als Kind ein Lieblingsspielzeug bzw. -Tier, das Ihnen besonders viel bedeutete?

0		nein
1		ja
2		weiß nicht mehr
8		nicht abgeklärt

SBAS 423 Welche Bedeutung hatte es für Sie?
Klartext: _____

SBAS 424 Gibt es irgendein wichtiges Erlebnis oder Ereignis, an das Sie sich in diesem Zusammenhang erinnern?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 425 Berufliche Situation der Eltern?

0		keine besondere Beanspruchung
1		beide Eltern berufstätig
2		eigener Betrieb
3		sonstige starke Beanspruchung beider Eltern
8		nicht abgeklärt

SBAS 426 Wie sehr fühlten Sie sich als Kind zu Hause geborgen (vgl. Patientenblatt e) ?

--	--	--

Werte

SBAS 427 Geburtsstatus?

1		ehelich geboren
2		vorehelich geboren
3		unehelich geboren
4		außerehelich geboren
5		ehelich geboren aber vorehelich gezeugt
8		nicht abgeklärt

SBAS 428 Wieviele Geschwister?

--	--

Anzahl

SBAS 429 Stellung in der Geschwisterreihe:

--	--

. Stellung

SBAS 430 Nächstes Geschwister < +18 Monate Altersabstand?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 431 Wie alt war die Mutter bei Ihrer Geburt?

--	--

Jahre

1	
2	
3	
8	

< 20 Jahre
20 - 40 Jahre
>40 Jahre
nicht abgeklärt

SBAS 432 Wie alt war der Vater bei Ihrer Geburt?

--	--

Jahre

1	
2	
3	
8	

< 20 Jahre
20 - 40 Jahre
>40 Jahre
nicht abgeklärt

SBAS 433 Wie war die finanzielle Situation in den ersten 7 Lebensjahren?

1	
2	
3	
4	
8	

kärglich
instabil
problemlos
gut
nicht abgeklärt

SBAS 434 War die familiäre Atmosphäre während der ersten 6 Lebensjahre aus anderen, bisher nicht genannten Gründen stark belastet?

0	
1	
8	

nein
ja
nicht abgeklärt

Welche?
Klartext: _____

SBAS 435 Gab es außer den Eltern noch andere wesentliche Bezugspersonen, die sich während der ersten 6 Lebensjahre um Sie kümmerten?

00	
0/1	
0/1	
0/1	
0/1	
0/1	
0/1	
88	

nein
Großeltern
Tante/Onkel
älteres Geschwister
Kinderfrau
Nachbarn
Sonstige
nicht abgeklärt

SBAS 436 Haben Sie solche Bezugspersonen während der ersten 14 Lebensjahre verloren?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 437 Gab es in Kindheit und Jugend irgendeine Art sexuellen Mißbrauchs?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 438 Durch wen?

00		nicht
0/1		Vater/Stiefvater
0/1		Onkel
0/1		Bruder
0/1		Großvater
0/1		Bekannter d. Familie
0/1		Fremder
0/1		weiß nicht
88		nicht abgeklärt

SBAS 439 Wie?

0		nicht
1		vollendeter Verkehr
2		versuchter Verkehr
3		manuelle Manipulation
4		versuchter Mißbrauch
5		weiß nicht
8		nicht abgeklärt

3 SBAS 500 JETZIGE FAMILIÄRE SITUATION

SBAS 501 Jetzige Beziehungssituation?

1		ledig, keine feste Beziehung
2		ledig, feste Beziehung
3		verheiratet, gute Beziehung
4		verheiratet, keine gute Beziehung
5		verheiratet, getrennt lebend
6		geschieden
7		verwitwet
8		nicht abgeklärt

SBAS 502 Verständnis des Partners für Schmerzsymptomatik?
(vgl. Patientenblatt f)

--	--	--

Werte

4 SBAS 503 Erkrankungen des Partners?
Welche?

Klartext: _____

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt
9		Ø Partner

5 SBAS 504 Kinder?

--	--

Anzahl

Wann geb.	Sohn	Tochter
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6 SBAS 505 Erkrankungen der Kinder.
Welche?

Klartext: _____

0		keine
1		ja
8		nicht abgeklärt
9		Ø Kinder

- SBAS 506 Zusammenhang von Krankheiten in der Familie mit den eigenen Beschwerden?

	Partner	Kinder	
00			keine Beschwerden
0/1			Beschwerden im gleichen Organgebiet
0/1			Beschwerden mit ähnl. Beschwerdebild
0/1			enger zeitl. Zusammenhang mit Schmerzbeginn
88			nicht abgeklärt
99			Ø Kinder/Partner

- ⊕ SBAS 507 Wobei beeinträchtigen Sie die Schmerzen in Ihrem Privatleben?

00	gar nicht
0/1	soziale Kontakte
0/1	Familienkontakte
0/1	Hobbies, eigene Betätigungen
0/1	nebenberufl. Tätigkeiten
88	nicht abgeklärt

- SBAS 508 Chronische Schmerzen beeinträchtigen häufig die sexuelle Beziehung. Wie verhält sich dies bei Ihnen?
(vgl. Patientenblatt g)

--	--	--

Werte

- SBAS 509 Wie war die sexuelle Beziehung vor Beginn der Schmerzen?
(vgl. Patientenblatt h)

--	--	--

Werte

- SBAS 510 Wie würden Sie insgesamt Ihre Partnerbeziehung einschätzen?
(vgl. Patientenblatt i)

--	--	--

Werte

SBAS 600 BERUFLICHE SITUATION

3 SBAS 601 Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach?

1		feste Arbeit
2		Hausfrau/Hausmann
3		Ausbildung/Umschulung
4		Rente/Invalidität, EU
5		unregelmäßige Aushilfsarbeit
6		arbeitslos
8		nicht abgeklärt

SBAS 602 Erleben Sie sich am Arbeitsplatz/Haushalt im Vergleich zu anderen als besonders pflichtbewußt und genau?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 603 Gibt es Konflikte mit Vorgesetzten, die Sie belasten?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 604 Gibt es Konflikte mit Arbeitskollegen, die Sie belasten?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

4 SBAS 605 Wie beeinträchtigen Sie die Schmerzen im beruflichen Alltag?

0		gar nicht
1		wenig
2		mäßig
3		sehr
4		übermäßig
8		nicht abgeklärt

SBAS 606 Müssen Sie die Arbeit wegen der Schmerzen häufiger unterbrechen?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 607 Können sie einer geregelten Berufstätigkeit nachgehen?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 608 Wie ist Ihre Leistungsfähigkeit?

0		nicht eingeschränkt
1		eingeschränkt kompensiert
2		eingeschränkt dekompenziert
8		nicht abgeklärt

SBAS 609 Läuft ein Rentenanspruch bzw. sind Sie schon erwerbsunfähig durch die Schmerzen?

0		nein
1		ja
8		nicht abgeklärt

SBAS 700 ZUSAMMENFASSUNG

SBAS 701 Wie erklären Sie sich selbst die Ursache Ihrer Beschwerden, nachdem Sie von verschiedenen Ärzten unterschiedliche Erklärungen erhalten haben?

1		körperlich
2		körperlich-phobisch
3		seelisch
4		körperlich-seelisch
5		ich weiß nicht
8		nicht abgeklärt

Klassifikationsschema chronischer Schmerzen

Code Achse 1 - Schmerzregion -

- 000 Kopf, Gesicht und Mund
- 100 Hals und Nacken
- 200 Schulter und obere Extremitäten
- 300 Thorakaler Bereich
- 400 Abdomen
- 500 Kreuz, Lendenwirbelsäule, Kreuzbein, Steißbein
- 600 Untere Extremitäten
- 700 Beckenbereich
- 800 Anal-, Perineal-, und Genitalbereich
- 900 Mehr als drei Hauptschmerzgebiete



Achse 2 - Schmerzverursachendes System -

- 00 Nervensystem (zentral, peripher, autonom) und Sinne; Störung oder Dysfunktion
- 10 Psyche (psychische Störungen ohne nachweisbare organische Ursache)
- 20 Respiratorisches und kardiovaskuläres System
- 30 Muskuloskelettales System und Bindegewebe
- 40 Haut, Unterhaut und assoziierte Drüsen (Mamma, apokrine Drüsen)
- 50 Gastrointestinales System
- 60 Urogenitalsystem
- 70 Andere Organe oder Organsysteme (z.B. lymphatisches System, Blut)
- 80 Mehr als ein System

Achse 3 - Zeitliche Charakteristika des Schmerzes; Erscheinungsbild

- 0 Nicht erfasst, nicht anwendbar oder unbekannt
- 1 Einzelepisode begrenzter Dauer (z.B. verstauchter Knöchel)
- 2 Ununterbrochen oder fast ununterbrochen, ohne Schwankungen
- 3 Ununterbrochen oder fast ununterbrochen, wechselnde Schmerzstärke
- 4 Unregelmäßige Wiederkehr
- 5 Regelmäßige Wiederkehr
- 6 Anfallsartig (Paroxysmal, z.B. Tic douloureux)
- 7 Anhaltend mit überlagerten Anfällen
- 8 Andere Kombinationen
- 9 Keine der Kombinationen

Achse 4 - Intensität und Beschwerdebeginn (Patientenangabe)

- 0 Nicht erfasst, nicht anwendbar oder unbekannt
- 1 Leichte Schmerzen seit
 - 1 Monat und weniger
 - 1-6 Monate
 - mehr als 6 Monate
- 2 Mäßige Schmerzen seit
 - 1 Monat und weniger
 - 1-6 Monate
 - mehr als 6 Monate
- 3 Starke Schmerzen seit
 - 1 Monat und weniger
 - 1-6 Monate
 - mehr als 6 Monate

Achse 5 - Ätiologie -

- .00 Genetische oder angeborene Störungen
- .01 Trauma, Operationen, Verbrennungen
- .02 Infektion, Parasiten
- .03 Entzündungen unbekannter Ätiologie, Immunerkrankungen
- .04 Neoplastische Ursachen
- .05 Vergiftungen, Stoffwechselstörungen, Strahlenschäden
- .06 Mechanische Degeneration
- .07 Dysfunktion (einschließlich psychosomatischer Dysfunktion)
- .08 Unbekannt oder andere Ätiologie
- .09 Psychischer Genese (ohne nachweisbare organische Ursache)

--	--	--	--	--

CODE



SOZIOGRAPHISCHE DATEN

SVOR

SVOR 1 Wohnortgröße

1	über 600.000
2	200.000-600.000
3	80.000-200.000
4	30.000- 80.000
5	10.000- 30.000
6	5.000- 10.000
7	1.000- 5.000
8	500- 1.000
9	unter 500

SVOR 2 Wohnregion

1	größere Stadt i.d. Nähe
2	keine größere Stadt i.d. Nähe
9	fehlende Angaben

SVOR 3 Staatsangehörigkeit

0	staatenlos
1	deutsch
2	Nord-/Westeuropa
3	Südeuropa
4	Osteuropa
5	Nordeuropa
6	Asien
7	Amerika
8	sonstige
9	fehlende Angaben

SVOR 4 Schulbildung

0	keinerlei
1	Volksschule o. Abschluß
2	Volksschule abgeschlossen
3	Realschule o. Abschluß
4	Realschule abgeschlossen
5	Gymnasium o. Abschluß
6	Gymnasium abgeschlossen
7	Hochschule o. Abschluß
8	Hochschule abgeschlossen
9	fehlende Angaben

SVOR 5 Anfahrtsdauer

Stunden

SVOR 6 Beruf

0	kein Beruf
1	freier Beruf
2	höherer Beamter/ltd. Angest.
3	Angestellter/Beamter
4	selbst. Gewerbetreibender/Landwirt
5	Facharbeiter
6	Arbeiter
7	Rentner/Pensionär
8	Hausfrau/mithelfend. Familienangehörige
9	Schüler/Student

SVOR 7 Familienstand

1	ledig
2	verheiratet in 1. Ehe
3	wiederverheiratet
4	verwitwet
5	geschieden
9	fehlende Angaben

SVOR 8 Anzahl der Kinder
(einschl. verstorbene)

Anzahl

SVOR 9 Aktuelle Familienverhältnisse

0	allein lebend
1	mit Partner lebend
2	mit Partner u. Kind(ern)
3	mit Eltern, Partner u. Kind(ern)
4	mit Eltern u. Partner
5	allein mit Kind(ern)
6	mit Eltern u. Kind(ern)
7	mit Eltern
8	Heim/Fürsorgeerziehung
9	fehlende Angaben

SVOR 10 Wohnsituation

1	Untermiete
2	eigene Wohnung/Haus
3	Wohnheim
4	Fürsorgeheim
5	Obdachlosenasyll
6	bei Eltern o. Schwiegereltern
9	fehlende Angaben

SVOR 11 Religionsgemeinschaft

1	keine Zugehörigkeit
2	römisch-katholisch
3	evangelisch
4	mosaisch (jüdisch)
5	orthodox
6	Sekten
7	freikirchl. u.a. christl. Glaubensgem.
8	sonstige
9	fehlende Angaben

SVOR 12 Frühere Religionsgemeinschaft

0	keine Änderung
1	früher keine Zugehörigkeit
2	früher römisch-katholisch
3	früher evangelisch
4	früher mosaisch (jüdisch)
5	früher orthodox
6	früher Sekte
7	früher freikirchl. u.a. christl. Glaubensgem.
8	früher sonstige
9	fehlende Angaben

Untersuchungsbogen

Untersucher:

Datum:

Zeit:

Pat.:

Größe: Gewicht: RR: Puls: Habitus:

AZ: EZ: Ausk. Herz: Lunge:

Kopf

Druckdolenzen NAPÁ N.occ.min./mai. M. mass. M.temp.

Kopfrot. Ante-Retrofl. Sensibilität Motorik Mening.

Thorax

Druckdolenzen sternokost. sternoklav. OA-Gelenk.

Schulter Arm Hand

Rücken

Halsmusk. Schultermusk. Dornf. Intersp.

Muskeltonus Triggerp.

WS - Haltung Funktion (Ante-Retro-Rotat.)

FBA: Schober th.: lumb.: ISG-Block.:

Abdomen:

Resistenzen - Narben - Druckschmerz

Extremitäten:

obere: akt./pass. Beweg. - grobe Kraft - Sensib. - Umf.

untere:

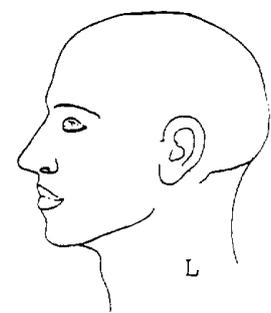
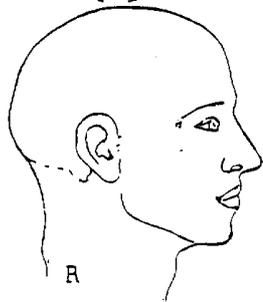
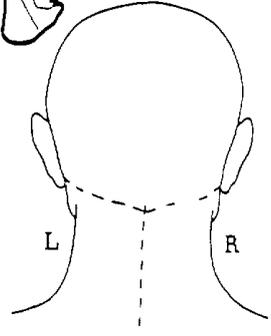
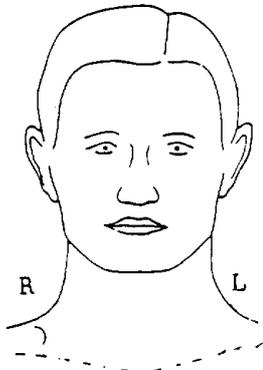
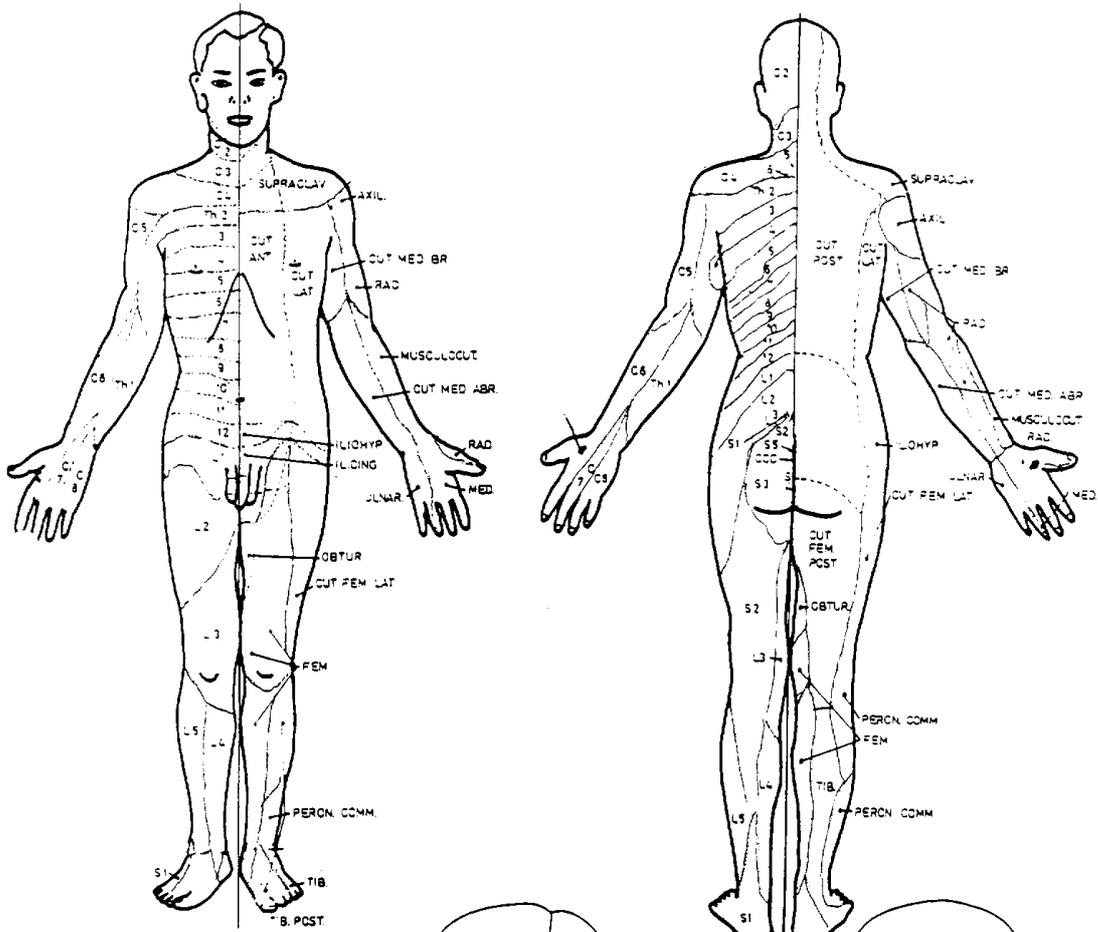
Reflexe: rechts links

BSR		
TSR		
PSR		
Lasègue		
Pulse		
Temp.		

(-; (+); +; ++)
spez. Befunde:

Schmerzzone u. Ausstr. bitte a. Rücksk. skizzieren.

A2915V



A2915 R

Anhang

Diagnosegruppe	Anzahl	Geschlecht = weiblich	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Geschlecht = männlich	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Nationalität = Deutsch	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Nationalität = Ausländer	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Missing Data
Rückenschmerzen	117	66	56,4	51	43,6	110	94	6	5,1	1
Morbus Sudeck	20	12	60	8	40	18	90	2	10	0
Phantomschmerzen	7	2	28,6	5	71,4	7	100	0	0	0
Multilok. Schmerzen	91	51	56	40	44	82	90,1	9	9,9	0
Empfehlung z. Psychoth.:										
Rückenschmerzen	68	41	60,3	27	39,7	65	95,6	2	2,9	1
Morbus Sudeck	6	5	83,3	1	16,7	5	83,3	1	16,7	0
Phantomschmerzen	3	1	33,3	2	66,7	3	100	0	0	0
Multilok. Schmerzen	60	32	53,3	28	46,7	57	95	3	5	0
Keine Empfehlg. z. Psychoth.:										
Rückenschmerzen	49	25	51	24	49	45	91,8	4	8,2	0
Morbus Sudeck	14	7	50	7	50	13	92,9	1	7,1	0
Phantomschmerzen	4	1	25	3	75	4	100	0	0	0
Multilok. Schmerzen	31	19	61,3	12	38,7	25	80,6	6	19,4	0

Anhang

Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Kassengruppe = Primärkasse	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Kassengruppe = Ersatzkasse	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Kassengruppe = Knappschaft	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Kassengruppe = Privatkasse, KVB, Post B	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Kassengruppe = BG	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Kassengruppe = Sonstige	Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
0,9	52	44,4	52	44,4	0	0	8	6,8	3	2,6	1	1	0,9
0	4	20	9	45	0	0	1	5	6	30	0	0	0
0	4	57,1	2	28,6	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	51	56	32	35,2	0	0	7	7,7	1	1,1	0	0	0
1,5	28	41,2	35	51,5	0	0	4	5,9	0	0	0	1	1,5
0	0	0	5	83,3	0	0	0	0	1	16,7	0	0	0
0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	31	51,7	22	36,7	0	0	6	10	1	1,7	0	0	0
0	24	49	17	34,7	0	0	4	8,2	3	6,1	1	0	0
0	4	28,6	4	28,6	0	0	1	7,1	5	35,7	0	0	0
0	1	25	2	50	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	20	64,5	10	32,3	0	0	1	3,2	0	0	0	0	0

Anhang

Body-Mass-Klasse = 1 (Untergew.)	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Body-Mass-Klasse = 2 (Normalgew.)	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Body-Mass-Klasse = (Uebergew.)	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Body-Mass-Klasse = (Starkes Uebergew.)	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Konfession = Keine	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Konfession = Katholisch	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
1	0,9	48	41	40	34,2	13	11,1	15	12,8	12	10,3	42	35,9
0	0	8	40	5	25	1	5	6	30	2	10	9	45
0	0	2	28,6	4	57,1	0	0	1	14,3	0	0	2	28,6
0	0	30	33	35	38,5	13	14,3	13	14,3	10	11	26	28,6
0	0	32	47,1	23	33,8	7	10,3	6	8,8	5	7,4	23	33,8
0	0	2	33,3	2	33,3	0	0	2	33,3	1	16,7	3	50
0	0	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	0	0
0	0	22	36,7	23	38,3	9	15	6	10	8	13,3	15	25
1	2	16	32,7	17	34,7	6	12,2	9	18,4	7	14,3	19	38,8
0	0	6	42,9	3	21,4	1	7,1	4	28,6	1	7,1	6	42,9
0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0	2	50
0	0	8	25,8	12	38,7	4	12,9	7	22,6	2	6,5	11	35,5

Anhang

Konfession = Evangelisch	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Konfession = Islam	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Konfession = Juedisch	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Konfession = Orthodox	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Konfession = Buddhistisch	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Konfession = Sonstige	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
53	45,3	5	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4,3
6	30	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	10
3	42,9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3
44	48,4	2	2,2	0	0	1	1,1	0	0	0	0	8	8,8
35	51,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	7,4
1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,7	0	0
1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3
31	51,7	1	1,7	0	0	1	1,7	0	0	0	0	4	6,7
18	36,7	5	10,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	35,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	14,3
2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	41,9	1	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	12,9

Anhang

Familienstatus = Ledig	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Familienstatus = Verheiratet	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Familienstatus = Geschieden	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Familienstatus = Verwitwet	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Familienstatus = Wiederverheiratet	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Schulbildung = Ohne Abschluss	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
13	11,1	76	65	8	6,8	7	6	9	7,7	4	3,4	2	1,7
5	25	10	50	3	15	0	0	1	5	1	5	0	0
1	14,3	3	42,9	1	14,3	1	14,3	1	14,3	0	0	0	0
6	6,6	62	68,1	5	5,5	7	7,7	10	11	1	1,1	2	2,2
6	8,8	47	69,1	3	4,4	5	7,4	3	4,4	4	5,9	0	0
2	33,3	3	50	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3	0	0	0	0
6	10	41	68,3	4	6,7	3	5	5	8,3	1	1,7	2	3,3
7	14,3	29	59,2	5	10,2	2	4,1	6	12,2	0	0	2	4,1
3	21,4	7	50	2	14,3	0	0	1	7,1	1	7,1	0	0
1	25	2	50	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
0	0	21	67,7	1	3,2	4	12,9	5	16,1	0	0	0	0

Anhang

Schulbildung = Hauptschule	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Schulbildung = Mittlere Reife	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Schulbildung = Abitur	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Schulbildung = FH- Abschluss	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Schulbildung = Univers.-Abschluss	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Keine Hypertonie	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
60	51,3	12	10,3	1	0,9	3	2,6	6	5,1	33	28,2	78	66,7
8	40	1	5	0	0	1	5	0	0	10	50	12	60
5	71,4	0	0	0	0	1	14,3	0	0	1	14,3	3	42,9
54	59,3	15	16,5	3	3,3	4	4,4	6	6,6	7	7,7	62	68,1
36	52,9	10	14,7	0	0	1	1,5	4	5,9	17	25	49	72,1
3	50	1	16,7	0	0	0	0	0	0	2	33,3	5	83,3
2	66,7	0	0	0	0	1	33,3	0	0	0	0	1	33,3
32	53,3	11	18,3	2	3,3	3	5	5	8,3	5	8,3	43	71,7
24	49	2	4,1	1	2	2	4,1	2	4,1	16	32,7	29	59,2
5	35,7	0	0	0	0	1	7,1	0	0	8	57,1	7	50
3	75	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	2	50
22	71	4	12,9	1	3,2	1	3,2	1	3,2	2	6,5	19	61,3

Anhang

Hypertonie: Ja	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Keine pathol. Pulsfrequenz	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Pathol. Pulsfrequ. (Brady- o. Tachycardie)	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Diagnosegruppe	Anzahl	Anzahl prozentual	ICD 10 Hauptdiagnosen
20	17,1	19	16,2	83	70,9	14	12	20	17,1	1	117	49,8	
2	10	6	30	10	50	4	20	6	30	2	20	8,5	
3	42,9	1	14,3	3	42,9	3	42,9	1	14,3	3	7	3	
13	14,3	16	17,6	65	71,4	8	8,8	18	19,8	4	91	38,7	
11	16,2	8	11,8	50	73,5	10	14,7	8	11,8	1	68	49,6	
0	0	1	16,7	3	50	2	33,3	1	16,7	2	6	4,4	
1	33,3	1	33,3	2	66,7	0	0	1	33,3	3	3	2,2	
9	15	8	13,3	44	73,3	7	11,7	9	15	4	60	43,8	
9	18,4	11	22,4	33	67,3	4	8,2	12	24,5	1	49	50	
2	14,3	5	35,7	7	50	2	14,3	5	35,7	2	14	14,3	
2	50	0	0	1	25	3	75	0	0	3	4	4,1	
4	12,9	8	25,8	21	67,7	1	3,2	9	29	4	31	31,6	

Anhang

Anzahl ICD 10 Eingangsd Diagnosen	Prozentualer Anteil am Gesamtkollektiv	Schmerzanamnese bis 1 Jahr	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Schmerzanamnese 1- 10 Jahre	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Schmerzanamnese über 10 Jahre	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Anamnesedauer unbekannt	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Biographie positiv	Prozentualer Anteil am Gesamtkollektiv	iasp1: 0	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
182	52	15	12,8	53	45,3	46	39,3	3	2,6	77	48,4	1	0,9
23	6,5	18	90	2	10	0	0	0	0	11	6,95	0	0
11	3	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0	0	2	1,25	0	0
137	38,5	14	15,4	34	37,4	43	47,3	0	0	69	43,4	3	3,3
111	53,9	4	5,9	35	51,5	28	41,2	1	1,5	48	70,6	0	0
9	4,4	4	66,7	2	33,3	0	0	0	0	6	100	0	0
6	2,9	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	1	33,3	0	0
80	38,8	8	13,3	21	35	31	51,7	0	0	50	83,3	1	1,7
71	48,3	11	22,4	18	36,7	18	36,7	2	4,1	29	59,2	1	2
14	9,5	14	100	0	0	0	0	0	0	5	35,7	0	0
5	3,4	2	50	1	25	1	25	0	0	1	25	0	0
57	38,8	6	19,4	13	41,9	12	38,7	0	0	19	61,3	2	6,5

Anhang

iasp1: 1	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: 2	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: 3	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: 4	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: 5	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: 6	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: 7	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
6	5,1	4	3,4	8	6,8	0	0	72	61,5	4	3,4	0	0
0	0	14	70	0	0	0	0	0	0	5	25	0	0
0	0	2	29	0	0	0	0	0	0	5	71,4	0	0
0	0	3	3,3	1	1	0	0	1	1	2	2,2	0	0
2	2,9	1	1,5	4	5,9	0	0	46	67,6	2	2,9	0	0
0	0	4	66,7	0	0	0	0	0	0	1	16,7	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0
0	0	1	1,7	1	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0
4	8,2	3	6,1	4	8,2	0	0	26	53,1	2	4,1	0	0
0	0	10	71,4	0	0	0	0	0	0	4	28,6	0	0
0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	2	50	0	0
0	0	2	6,5	0	0	0	0	1	3,2	2	6,5	0	0

Anhang

iasp1: 8	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: 9	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp1: Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 0	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 1	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 2	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 3	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
2	1,7	20	17,1	0	0	7	6	2	1,7	0	0	34	29
0	0	1	5	0	0	7	35	0	0	0	0	3	15
0	0	0	0	0	0	4	57	0	0	0	0	0	0
1	1	80	88	0	0	2	2,2	1	1,1	0	0	15	16,5
1	1,5	12	17,6	0	0	2	2,9	2	2,9	0	0	17	25
0	0	1	16,7	0	0	1	16,7	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1,7	56	93,3	0	0	1	1,7	1	1,7	0	0	8	13,3
1	2	8	16,3	0	0	5	10,2	0	0	0	0	17	34,7
0	0	0	0	0	0	6	42,9	0	0	0	0	3	21,4
0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0
0	0	24	77,4	0	0	1	3,2	0	0	0	0	7	22,6

Anhang

iasp2: 4	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 5	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 6	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 7	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 8	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: 9	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp2: Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
0	0	0	0	0	0	0	0	74	63	0	0	7	6
0	0	0	0	0	0	0	0	10	50	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	3	43	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	73	80	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	47	69,1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	5	83,3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	50	83,3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	27	55,1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	5	35,7	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	23	74,2	0	0	0	0

Anhang

iasp3: 0	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 1	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 2	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 3	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 4	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 5	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 6	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
0	0	0	0	3	2,6	99	84,6	9	7,7	2	1,7	0	0
0	0	0	0	0	0	14	70	5	25	1	5	0	0
0	0	0	0	0	0	4	57,1	3	42,9	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	83	91,2	5	5,5	2	2,2	0	0
0	0	0	0	0	0	62	91,2	5	7,4	1	1,5	0	0
0	0	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	55	91,7	2	3,3	2	3,3	0	0
0	0	0	0	3	6,1	37	75,5	4	8,2	1	2	0	0
0	0	0	0	0	0	8	57,1	5	35,7	1	7,1	0	0
0	0	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	28	90,3	3	9,7	0	0	0	0

Anhang

iasp3: 7	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 8	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: 9	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp3: Missing Data	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 0	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 1	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 2	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
1	0,9	2	1,7	1	0,9	0	0	0	0	0	0	1	0,9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	2	4,1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Anhang

iasp4: 3	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 4	Proz. Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 5	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 6	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 7	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 8	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp4: 9	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
1	0,9	0	0	2	1,7	12	10,3	1	0,85	10	8,5	90	76,9
0	0	0	0	8	40	0	0	1	5	7	36,8	4	20
0	0	0	0	1	14,3	0	0	2	28,6	0	0	4	57,1
1	1,1	0	0	2	2,2	4	4,4	1	1,1	1	1,1	82	90,1
0	0	0	0	0	0	8	11,8	0	0	1	1,5	59	86,8
0	0	0	0	0	0	0	0	1	16,7	2	33,3	3	50
0	0	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0	2	66,7
1	1,7	0	0	2	3,3	2	3,3	1	1,7	0	0	54	90
1	2	0	0	2	4,1	4	8,2	1	2	9	18,4	31	63,3
0	0	0	0	8	57,1	0	0	0	0	5	35,7	1	7,1
0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	2	50
0	0	0	0	0	0	2	6,5	0	0	1	3,2	28	90,3

Anhang

iasp4: Missing Data	iasp4: Missing Data prozentual	iasp5: 0	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 2	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 4	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 5	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
0	0	2	1,7	7	6	0	0	2	1,7	6	5,1	1	0,85
0	0	0	0	16	80	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	5	5,5	0	0	6	6,6	2	2,2	0	0
0	0	1	1,5	1	1,5	0	0	2	2,9	0	0	0	0
0	0	0	0	4	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	4	6,7	0	0	3	5	0	0	0	0
0	0	1	2	6	12,2	0	0	0	0	6	12,2	1	2
0	0	0	0	12	85,7	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	3,2	0	0	3	9,7	2	6,5	0	0

Anhang

iasp5: 6	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 7	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 8	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: 9	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	iasp5: Missing Data	iasp5: Missing Data prozentual	AU bis 1 Monat	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	AU 1-3 Monate	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
20	17,1	70	59,8	6	5,1	2	1,7	1	0,9	12	10,3	7	6
0	0	3	15	1	5	0	0	0	0	0	0	11	55
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14,3
2	2,2	71	78	3	3,3	1	1,1	1	1,1	6	6,6	4	4,4
8	11,8	49	72,1	4	5,9	2	2,9	1	1,5	4	5,9	6	8,8
0	0	1	16,7	1	16,7	0	0	0	0	0	0	3	50
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	49	81,7	2	3,3	1	1,7	1	1,7	1	1,7	3	5
12	24,5	21	42,9	2	4,1	0	0	0	0	8	16,3	1	2
0	0	2	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	8	57,1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25
2	6,5	22	71	1	3,2	0	0	0	0	5	16,1	1	3,2

Anhang

AU 4-6 Monate	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	AU 7-12 Monate	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	AU über 1 Jahr	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	AU: Missing Data	AU: Missing Data prozentual	Berentung	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Rentenwunsch	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Versich.-Anspr.	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
13	11,1	12	10,3	33	28,2	40	34,2	32	27,4	20	17,1	7	6
5	25	1	5	0	0	3	15	3	15	0	0	8	40
0	0	1	14,3	3	42,9	2	28,6	4	57,1	0	0	1	14,3
2	2,2	15	16,5	26	28,6	38	41,8	21	23,1	19	20,9	3	3,3
7	10,3	6	8,8	23	33,8	22	32,3	16	23,5	14	20,6	3	4,4
1	16,7	0	0	0	0	2	33,3	0	0	0	0	2	33,3
0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0
0	0	12	20	19	31,7	25	41,7	10	16,7	13	21,7	2	3,3
6	12,2	6	12,2	10	20,4	18	36,7	16	32,7	6	32,7	4	8,2
4	28,6	1	7,1	0	0	1	7,1	3	21,4	0	0	6	42,9
0	0	0	0	2	50	1	25	2	50	0	0	1	25
2	6,5	3	9,7	7	22,6	13	41,9	11	35,5	6	19,4	1	3,2

Anhang

Achse1_1: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse1_1: 2	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse1_1: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 1_1: Missing Data	Achse 1_1: Missing Data prozentual	Achse1_2: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse1_2: 2	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse1_2: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
1	0,9	22	18,8	94	80,3	0	0	11	9,4	13	11,1	93	79,5
0	0	10	50	10	50	0	0	10	50	0	0	10	50
0	0	3	42,9	4	57,1	0	0	2	28,6	1	14,3	4	57,1
2	2,2	22	24,2	67	73,6	0	0	14	15,4	10	11	67	73,6
0	0	9	13,2	59	86,8	0	0	5	7,4	5	7,4	58	85,3
0	0	2	33,3	4	66,7	0	0	2	33,3	0	0	4	66,7
0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3
1	1,7	15	25	44	73,3	0	0	8	13,3	7	11,7	45	75
1	2	13	26,5	35	71,4	0	0	6	32,7	8	16,3	35	71,4
0	0	8	57,1	6	42,9	0	0	8	57,1	0	0	6	42,9
0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	1	25	3	75
1	3,2	7	22,6	23	74,2	0	0	6	19,4	3	9,7	22	71

Anhang

Achse 1_2: Missing Data	Achse 1_2: Missing Data prozentual	Achse1_3: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse1_3: 3
0	0	106	90,6	11
0	0	20	100	0
0	0	6	85,7	1
0	0	85	93,4	6
0	0	61	89,7	7
0	0	6	100	0
0	0	3	100	0
0	0	55	91,7	5
0	0	45	91,8	4
0	0	14	100	0
0	0	3	75	1
0	0	30	96,8	1

Anhang

Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 1_3: Missing Data	Achse 1_3: Missing Data prozentual	Achsenstad. 1=I	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 1=II	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 1=III	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstadium 1: Missing Data
Rückenschmerzen	9,4	0	0	0	0	21	17,9	96	82,1	0
Morbus Sudeck	0	0	0	0	0	10	50	10	50	0
Phantomschmerzen	14,3	0	0	0	0	3	42,9	4	57,1	0
Multilok. Schmerzen	6,6	0	0	2	2,2	23	25,3	66	72,5	0
Empfehlung zur Psychotherapie:										
Rückenschmerzen	10,3	0	0	0	0	8	11,8	60	88,2	0
Morbus Sudeck	0	0	0	0	0	2	33,3	4	66,7	0
Phantomschmerzen	0	0	0	0	0	2	66,7	1	33,3	0
Multilok. Schmerzen	8,3	0	0	1	1,7	15	25	44	73,3	0
Keine Empfehlg. z. Psychoth.:										
Rückenschmerzen	8,2	0	0	0	0	13	26,5	36	73,5	0
Morbus Sudeck	0	0	0	0	0	8	57,1	6	42,9	0
Phantomschmerzen	25	0	0	0	0	1	25	3	75	0
Multilok. Schmerzen	3,2	0	0	1	3,2	8	25,8	22	71	0

Anhang

Achsenstadium 1: Missing Data prozentual	Achse2_1: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse2_1: 2	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse2_1: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 2_1: Missing Data	Achse 2_1: Missing Data prozentual	Achsenstad. 2=I	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 2=II	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 2=III
0	61	52,1	35	29,9	21	17,9	0	0	61	52,1	35	29,9	21
0	19	95	0	0	1	5	0	0	19	95	0	0	1
0	6	85,7	0	0	1	14,3	0	0	6	85,7	0	0	1
0	2	2,2	3	3,3	86	94,5	0	0	2	2,2	3	3,3	86
0	37	54,4	18	26,5	13	19,1	0	0	37	54,4	18	26,5	13
0	5	83,3	0	0	1	16,7	0	0	5	83,3	0	0	1
0	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	1
0	2	3,3	0	0	58	96,7	0	0	2	3,3	0	0	58
0	24	49	17	34,7	8	16,3	0	0	24	49	17	34,7	8
0	14	100	0	0	0	0	0	0	14	100	0	0	0
0	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0
0	0	0	3	9,7	28	90,3	0	0	0	0	3	9,7	28

Anhang

Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstadium 2: Missing Data	Achsenstadium 2: Missing Data prozentual	Achse3_1: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse3_1: 2	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse3_1: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 3_1: Missing Data	Achse 3_1: Missing Data prozentual	Achse3_2: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse3_2: 2
17,9	0	0	49	41,9	27	23,1	41	35	0	0	112	95,7	5
5	0	0	13	65	3	15	4	20	0	0	20	100	0
14,3	0	0	2	28,6	1	14,3	4	57,1	0	0	7	100	0
94,5	0	0	48	52,7	26	28,6	17	18,7	0	0	88	96,7	3
19,1	0	0	29	42,6	18	26,5	21	30,9	0	0	63	92,6	5
16,7	0	0	2	33,3	2	33,3	2	33,3	0	0	6	100	0
33,3	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100	0
96,7	0	0	34	56,7	17	28,3	9	15	0	0	59	98,3	1
16,3	0	0	20	40,8	9	18,4	20	40,8	0	0	49	100	0
0	0	0	11	78,6	1	7,1	2	14,3	0	0	14	100	0
0	0	0	2	50	1	25	1	25	0	0	4	100	0
90,3	0	0	14	45,2	9	29	8	25,8	0	0	29	93,5	2

Anhang

Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 3_2: Missing Data	Achse 3_2: Missing Data prozentual	Achsenstad. 3=I	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 3=II	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 3=III	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstadium 3: Missing Data	Achsenstadium 3: Missing Data prozentual	Achse4_1: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse4_1: 2
4,3	0	0	48	41	65	55,6	4	3,4	0	0	113	96,6	3
0	0	0	13	65	7	35	0	0	0	0	19	95	1
0	0	0	2	28,6	5	71,4	0	0	0	0	7	100	0
3,3	0	0	47	51,6	44	48,4	0	0	0	0	88	96,7	3
7,4	0	0	28	41,2	36	52,9	4	5,9	0	0	65	95,6	3
0	0	0	2	33,3	4	66,7	0	0	0	0	6	100	0
0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	3	100	0
1,7	0	0	34	56,7	26	43,3	0	0	0	0	58	96,7	2
0	0	0	20	40,8	29	59,2	0	0	0	0	48	98	0
0	0	0	11	78,6	3	21,4	0	0	0	0	13	92,9	1
0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	4	100	0
6,5	0	0	13	41,9	18	58,1	0	0	0	0	30	96,8	1

Anhang

Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 4_1: Missing Data	Achse 4_1: Missing Data prozentual	Achse4_2: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse4_2: 2	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse4_2: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 4_2: Missing Data	Achse 4_2: Missing Data prozentual	Achse4_3: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse4_3: 2
2,6	1	0,9	51	43,6	34	29,1	32	27,4	0	0	64	54,7	34
5	0	0	12	60	3	15	5	25	0	0	12	60	7
0	0	0	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0	0	3	42,9	2
3,3	0	0	39	42,9	30	33	22	24,2	0	0	52	57,1	22
4,4	0	0	24	35,3	21	30,9	23	33,8	0	0	30	44,1	24
0	0	0	1	16,7	1	16,7	4	66,7	0	0	2	33,3	3
0	0	0	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3	0
3,3	0	0	24	40	20	33,3	16	26,7	0	0	32	53,3	14
0	1	2	27	55,1	13	26,5	9	18,4	0	0	34	69,4	10
7,1	0	0	11	78,6	2	14,3	1	7,1	0	0	10	71,4	4
0	0	0	2	50	2	50	0	0	0	0	2	50	2
3,2	0	0	15	48,4	10	32,3	6	19,4	0	0	20	64,5	8

Anhang

Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse4_3: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 4_3: Missing Data	Achse 4_3: Missing Data prozentual	Achse4_4: 1	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse4_4: 2	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse4_4: 3	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achse 4_4: Missing Data	Achse 4_4: Missing Data	Achsenstad. 4=I
29,1	19	16,2	0	0	51	43,6	52	44,4	14	12	0	0	29
35	1	5	0	0	17	85	2	10	1	5	0	0	9
28,6	2	28,6	0	0	5	71,4	2	28,6	0	0	0	0	3
24,2	17	18,7	0	0	42	46,2	35	38,5	14	15,4	0	0	21
35,3	14	20,6	0	0	26	38,2	33	48,5	9	13,2	0	0	10
50	1	16,7	0	0	5	83,3	0	0	1	16,7	0	0	1
0	2	66,7	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	1
23,3	14	23,3	0	0	30	50	22	36,7	8	13,3	0	0	13
20,4	5	10,2	0	0	25	51	19	38,8	5	10,2	0	0	19
28,6	0	0	0	0	12	85,7	2	14,3	0	0	0	0	8
50	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	2
25,8	3	9,7	0	0	12	38,7	13	41,9	6	19,4	0	0	8

Anhang

Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 4=II	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 4=III	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Achsenstad. 4: Missing Data	Achsenstad. 4: Missing Data prozentual	Gesamtstad. Gerbersh. = I	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Ges.-Stad. = II	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Ges.-Stad. = III	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Ges.-Stad.: Missing Data
24,8	72	61,5	16	13,7	0	0	12	10,3	64	54,7	41	35	0
45	11	55	0	0	0	0	11	55	8	40	1	5	0
42,9	3	42,9	1	14,3	0	0	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0
23,1	56	61,5	14	15,4	0	0	2	2,2	20	22	69	75,8	0
14,7	47	69,1	11	16,2	0	0	4	5,9	39	57,4	25	36,8	0
16,7	5	83,3	0	0	0	0	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0
33,3	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0
21,7	38	63,3	9	15	0	0	1	1,7	14	23,3	45	75	0
38,8	25	51	5	10,2	0	0	8	16,3	25	51	16	32,7	0
57,1	6	42,9	0	0	0	0	10	71,4	4	28,6	0	0	0
50	2	50	0	0	0	0	2	50	2	50	0	0	0
25,8	18	58,1	5	16,1	0	0	1	3,2	6	19,4	24	77,4	0

Anhang

Ges.-Stad.: Missing Data prozentual	Regelm. Medik.: Nie	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Regelm. Medik. letzte 12 Wo.	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Regelm. Medik. letzte 12 Monate	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Regelm. Medik.: Missing Data	Regelm. Medik.: Missing Data prozentual	Btm-Einn.	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Opiat-Einn. (non-Btm)	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Davon: Tilidin
0	5	4,3	73	62,4	38	32,5	1	0,9	5	4,3	34	29,1	7
0	4	20	15	75	1	5	0	0	0	0	4	20	1
0	0	0	5	71,4	2	28,6	0	0	0	0	4	57,1	2
0	2	2,2	62	68,1	27	29,7	0	0	1	1,1	16	17,6	4
0	2	2,9	41	60,3	25	36,8	0	0	1	1,5	19	27,9	6
0	0	0	5	83,3	1	16,7	0	0	0	0	2	33,3	1
0	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	3	100	2
0	1	1,7	44	73,3	15	25	0	0	0	0	8	13,3	3
0	3	6,1	32	65,3	13	26,5	1	2	4	8,2	15	30,6	1
0	4	28,6	10	71,4	0	0	0	0	0	0	2	14,3	0
0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	1	25	0
0	1	3,2	18	58,1	12	38,7	0	0	1	3,2	8	25,8	1

Anhang

Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Non-Btm	Tramadol.	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Non-Btm	Flupirtin	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Non-Btm	DHC	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Non-Btm	Dextroprop.	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Non-Btm
6	20,6	16	13,7	47,1	0	0	0	4	3,4	11,8	0	0	0
5	25	3	15	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28,6	50	2	28,6	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4,4	25	9	9,9	56,2	0	0	0	2	2,2	12,5	0	0	0
8,8	31,6	9	13,2	47,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16,7	50	1	16,7	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
66,7	66,7	1	33,3	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	37,5	5	8,3	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	6,7	7	14,3	46,7	0	0	0	4	8,2	26,7	0	0	0
0	0	2	14,3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	25	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3,2	12,5	4	12,9	50	0	0	0	2	6,5	25	0	0	0

Anhang

Mehrere	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Non-Btm	Antipyretica-Einn.	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Davon: NSA	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Antipyretica Einnahme	Paracet. u. Metamiz.	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Antipyretica Einnahme	Phenotiazin	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Antipyretica Einnahme
7	6	20,6	76	65	49	41,9	64,5	11	9,4	14,5	0	0	0
0	0	0	11	55	7	35	63,6	3	15	27,3	0	0	0
0	0	0	5	71,4	4	57,1	80	1	14,3	20	0	0	0
1	1,1	6,3	66	72,5	37	40,7	56,1	6	6,6	9,1	0	0	0
4	5,9	21,1	47	69,1	31	45,6	66	6	8,8	12,8	0	0	0
0	0	0	5	83,3	2	33,3	40	3	50	60	0	0	0
0	0	0	2	66,7	1	33,3	50	1	33,3	50	0	0	0
0	0	0	44	73,3	22	36,7	50	3	5	6,8	0	0	0
3	6,1	20	29	59,2	18	36,7	62,1	5	10,2	17,2	0	0	0
0	0	0	6	42,9	5	35,7	83,3	0	0	0	0	0	0
0	0	0	3	75	3	75	100	0	0	0	0	0	0
1	3,2	12,5	22	71	15	48,4	68,2	3	9,7	13,6	0	0	0

Anhang

Mehrere	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an Antipyretica Einnahme	Psychopharmaka	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Stattgef. PT: Nie	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Stattgefundene Psychotherapie: Ja	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Stattgef. PT: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Stattgef. PT: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Stattgef. PT: Ja, Zeit unbek.
16	13,7	21,1	36	30,8	72	61,5	30	25,6	12	10,3	13	11,1	5
1	5	9,1	5	25	16	80	1	5	0	0	1	5	0
0	0	0	3	42,9	4	57,1	3	42,9	2	28,6	0	0	1
23	25,3	34,8	29	31,9	55	60,4	30	33	10	11	9	9,9	11
10	14,7	21,3	24	35,3	38	55,9	22	32,4	10	14,7	9	13,2	3
0	0	0	3	50	4	66,7	1	16,7	0	0	1	16,7	0
0	0	0	1	33,3	1	33,3	2	66,7	1	33,3	0	0	1
19	31,7	43,2	19	31,7	31	51,7	25	41,7	10	16,7	8	13,3	7
6	12,2	20,7	12	24,5	34	69,4	8	16,3	2	4,1	4	8,2	2
1	7,1	16,7	2	14,3	12	85,7	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	2	50	3	75	1	25	1	25	0	0	0
4	12,9	18,2	10	32,3	24	77,4	5	16,1	0	0	1	3,2	4

Anhang

Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Stattgef. PT: Missing Data	Stattgef. PT: Missing Data prozentual	Gesprächstherapie	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Verhaltenstherapie	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Psychoanalyse	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Autogenes Training	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe
4,3	15	12,8	21	17,9	46,7	9	7,7	20	0	0	0	14	12
0	3	15	1	5	25	0	0	0	0	0	0	0	0
14,3	0	0	2	28,6	66,7	2	28,6	66,7	0	0	0	0	0
12,1	6	6,6	22	24,2	61,1	13	14,3	36,1	1	1,1	3,3	8	8,8
4,4	8	11,8	17	25	56,7	9	13,2	30	0	0	0	11	16,2
0	1	16,7	1	16,7	50	0	0	0	0	0	0	0	0
33,3	0	0	1	33,3	50	1	33,3	50	0	0	0	0	0
11,7	4	6,7	19	31,7	65,5	11	18,3	37,9	1	1,7	3,4	5	8,3
4,1	7	14,3	4	8,2	26,7	0	0	0	0	0	0	3	6,1
0	2	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	25	100	1	25	100	0	0	0	0	0
12,9	2	6,5	3	9,7	42,9	2	6,5	28,6	0	0	0	3	9,7

Anhang

Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Jacobson	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Bioenergetik	Prozentualer Anteil an d. betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Gruppenth.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Kunstth.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Gestaltth.
31,1	8	6,8	17,8	0	0	0	11	9,4	24,4	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	5	25	1	5	25	0
0	0	0	0	0	0	0	1	14,3	33,3	0	0	0	0
22,2	2	2	5,6	0	0	0	9	9,9	25	3	3,3	8,3	0
36,7	5	7,4	16,7	0	0	0	9	13,2	30	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	16,7	50	1	16,7	50	0
0	0	0	0	0	0	0	1	33,3	50	0	0	0	0
17,2	2	3,3	6,9	0	0	0	8	13,3	27,6	3	5	10,3	0
20	3	6,1	20	0	0	0	2	4,1	13,3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42,9	0	0	0	0	0	0	1	3,2	14,3	0	0	0	0

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Andere Th.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an stattgef. PT	Stattgefundene Hypnose: ja	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Hypnose: Nie	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Hypnose: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Hypnose: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Hypnose: Ja, Zeit unbek.
0	0	5	4,3	11,1	2	1,7	85	72,6	1	0,9	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	16	80	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	6	85,7	0	0	0	0	0
0	0	5	5,5	13,9	0	0	66	72,5	0	0	0	0	0
0	0	3	4,4	10	1	1,5	48	70,6	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	5	83,3	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0
0	0	4	6,7	13,8	0	0	39	65	0	0	0	0	0
0	0	2	4,1	13,3	1	2	37	75,5	1	2	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	11	78,6	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0
0	0	1	3,2	14,3	0	0	27	87,1	0	0	0	0	0

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Hypnose: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Stattgefundene Akupunktur: Ja	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Akupunktur: Nie	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Akupunktur: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Akupunktur: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Akupunktur: Ja, Zeit unbekannt	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Akupunktur: Missing Data
0,9	30	25,6	19	16,2	71	60,7	2	1,7	3	2,6	14	12	27
0	4	20	0	0	15	75	0	0	0	0	0	0	5
0	1	14,3	1	14,3	5	71,4	1	14,3	0	0	0	0	1
0	25	27,5	19	20,9	48	52,7	5	5,5	1	1,1	13	14,3	24
1,5	19	27,9	18	26,5	34	50	2	2,9	3	4,4	13	19,1	16
0	1	16,7	0	0	5	83,3	0	0	0	0	0	0	1
0	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	1
0	21	35	12	20	29	48,3	2	3,3	1	1,7	9	15	19
0	11	22,4	1	2	37	75,5	0	0	0	0	1	2	11
0	3	21,4	0	0	10	71,4	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	1	25	3	75	1	25	0	0	0	0	0
0	4	12,9	7	22,6	19	61,3	3	9,7	0	0	4	12,9	5

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Stattgefundene Neuraltherapie: Ja	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Neuralth.: Nie	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Neuralth: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Neuralth.: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Neuralth.: Ja, Zeit unbek.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Neuraltherapie: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Stattgefundene Nerven-blockaden o. -lysen: Ja
23,1	56	47,9	44	37,6	7	6	3	2,6	46	39,3	17	14,5	39
25	2	10	13	65	0	0	0	0	2	10	5	25	1
14,3	1	14,3	5	71,4	1	14,3	0	0	0	0	1	14,3	2
26,4	34	37,4	35	38,5	5	5,5	0	0	29	31,9	22	24,2	17
23,5	40	58,8	20	29,4	4	5,9	2	2,9	34	50	8	11,8	27
16,7	2	33,3	3	50	0	0	0	0	2	33,3	1	16,7	1
33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1
31,7	23	38,3	21	35	2	3,3	0	0	21	35	16	26,7	11
22,4	16	32,7	24	49	3	6,1	1	2	12	24,5	9	18,4	12
28,6	0	0	10	71,4	0	0	0	0	0	0	4	28,6	0
0	1	25	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	1
16,1	11	35,5	14	45,2	3	9,7	0	0	8	25,8	6	19,4	6

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Nervenblock. o. - lysen: Nie	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Nervenblock. o. - lysen: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Nervenblock. o. - lysen: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Nervenblock. o. - lysen: Ja, Zeit unbek.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Nervenblock. o. lysen: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	TENS stattgefunden: Ja	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	TENS: Nie
33,3	57	48,7	9	7,7	4	3,4	26	22,2	21	17,9	45	38,5	47
5	14	70	0	0	0	0	1	5	5	25	3	15	12
28,6	4	57,1	1	14,3	0	0	1	14,3	1	14,3	1	14,3	4
18,7	49	53,8	1	1,1	0	0	16	17,6	25	27,5	28	30,8	40
39,7	30	44,1	7	10,3	2	2,9	18	26,5	11	16,2	30	44,1	24
16,7	4	66,7	0	0	0	0	1	16,7	1	16,7	3	50	2
33,3	1	33,3	0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	0	0	2
18,3	30	50	0	0	0	0	11	18,3	19	31,7	20	33,3	23
24,5	2	55,1	2	4,1	2	4,1	8	16,3	10	20,4	15	30,6	23
0	10	71,4	0	0	0	0	0	0	4	28,6	0	0	10
25	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	1	25	2
19,4	19	61,3	1	3,2	0	0	5	16,1	6	19,4	8	25,8	17

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	TENS: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	TENS: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	TENS: Ja, Zeit unbekannt	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	TENS: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Manuelle Therapie stattgefunden: Ja	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Manuelle Th.: Nie	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Manuelle Th.: Vor bis zu einem Jahr
40,2	10	8,5	3	2,6	32	27,4	25	21,4	20	17,1	74	63,2	1
60	1	5	0	0	2	10	5	25	0	0	15	75	0
57,1	1	14,3	0	0	0	0	2	28,6	0	0	5	71,4	0
44	5	5,5	0	0	23	25,3	23	25,3	13	14,3	50	54,9	1
35,3	6	8,8	1	1,5	23	33,8	14	20,6	14	20,6	40	58,8	0
33,3	1	16,7	0	0	2	33,3	1	16,7	0	0	5	83,3	0
66,7	0	0	0	0	0	0	1	33,3	0	0	2	66,7	0
38,3	5	8,3	0	0	15	25	17	28,3	10	16,7	29	48,3	0
46,9	4	8,2	2	4,1	9	18,4	11	22,4	6	12,2	34	69,4	1
71,4	0	0	0	0	0	0	4	28,6	0	0	10	71,4	0
50	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	3	75	0
54,8	0	0	0	0	8	25,8	6	19,4	3	9,7	21	67,7	1

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Manuelle Th.: Vor über einem Jahr
0,9	1
0	0
0	0
1,1	2
0	1
0	0
0	0
0	2
2	0
0	0
0	0
3,2	0

Anhang

Diagnosegruppe	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Manuelle Th.: Ja, Zeit unbek.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Manuelle Th.: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Physikalische Therapie stattgefunden: Ja	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe
Rückenschmerzen	0,9	18	15,4	23	19,7	93	79,5
Morbus Sudeck	0	0	0	5	25	17	85
Phantomschmerzen	0	0	0	2	28,6	3	42,9
Multilok. Schmerzen	2,2	10	11	28	30,8	63	69,2
Empfehlung zur Psychotherapie:							
Rückenschmerzen	1,5	13	19,1	14	20,6	56	82,4
Morbus Sudeck	0	0	0	1	16,7	4	66,7
Phantomschmerzen	0	0	0	1	33,3	2	66,7
Multilok. Schmerzen	3,3	8	13,3	21	35	42	70
Keine Empfehlg. z. Psychoth.:							
Rückenschmerzen	0	5	10,2	9	18,4	37	75,5
Morbus Sudeck	0	0	0	4	28,6	13	92,9
Phantomschmerzen	0	0	0	1	25	1	25
Multilok. Schmerzen	0	2	6,5	7	22,6	21	67,7

Anhang

Physikal. Th.: Nie	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Physik. Th.: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Physikal. Th.: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Physikal. Th.: Ja, Zeit unbek.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Physikal. Th.: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Naturheilverfahren stattgefunden: Ja
11	9,4	21	17,9	2	1,7	70	59,8	13	11,1	0
2	10	15	75	0	0	2	10	1	5	0
2	28,6	1	14,3	1	14,3	1	14,3	2	28,6	0
12	13,2	9	9,9	1	1,1	53	58,2	16	17,6	2
4	5,9	12	17,6	1	1,5	43	63,2	8	11,8	0
1	16,7	3	50	0	0	1	16,7	1	16,7	0
0	0	0	0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0
7	11,7	6	10	1	1,7	35	58,3	11	18,3	2
7	14,3	9	18,4	1	2	27	55,1	5	10,2	0
1	7,1	12	85,7	0	0	1	7,1	0	0	0
2	50	1	25	0	0	0	0	1	25	0
5	16,1	3	9,7	0	0	18	58,1	5	16,1	0

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Naturheilverf.: Nie	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Naturheilverf.: Vor bis zu einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Naturheilverf.: Vor über einem Jahr	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Naturheilverf.: Ja, Zeit unbek.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Naturheilverf.: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe
0	21	17,9	0	0	0	0	0	0	96	82,1
0	4	20	0	0	0	0	0	0	16	80
0	2	28,6	0	0	0	0	0	0	5	71,4
2,2	11	12,1	1	1,1	0	0	1	1,1	78	85,7
0	12	17,6	0	0	0	0	0	0	56	82,4
0	2	33,3	0	0	0	0	0	0	4	66,7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
3,3	4	6,7	1	1,7	0	0	1	1,7	54	90
0	9	18,4	0	0	0	0	0	0	40	81,6
0	2	14,3	0	0	0	0	0	0	12	85,7
0	2	50	0	0	0	0	0	0	2	50
0	7	22,6	0	0	0	0	0	0	24	77,4

Anhang

Konsil 1 stattgefunden	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil1: Keins	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil1: Psychosom.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil1: Neurol.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil1: Orthop.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil1: Innere
77	65,8	40	34,2	67	57,3	5	4,3	5	4,3	0
12	60	8	40	10	50	2	10	0	0	0
3	42,9	4	57,1	3	42,9	0	0	0	0	0
70	76,9	21	23,1	59	64,8	4	4,4	2	2,2	5
52	76,5	16	23,5	51	75	0	0	1	1,5	0
4	66,7	2	33,3	4	66,7	0	0	0	0	0
2	66,7	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	0
52	86,7	8	13,3	48	80	2	3,3	0	0	2
25	51	24	49	16	32,7	5	10,2	4	8,2	0
8	57,1	6	42,9	6	42,9	2	14,3	0	0	0
1	25	3	75	1	25	0	0	0	0	0
18	58,1	13	41,9	11	35,5	2	6,5	2	6,5	3

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil1: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil 2 stattgefunden	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: Keins	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: Psychosom.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: Neurol.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe
0	0	0	43	36,8	74	63,2	0	0	26	22,2
0	0	0	5	25	15	75	0	0	3	15
0	0	0	1	14,3	6	85,7	0	0	1	14,3
5,5	0	0	45	49,5	46	50,5	0	0	23	25,3
0	0	0	29	42,6	39	57,4	0	0	16	23,5
0	0	0	2	33,3	4	66,7	0	0	2	33,3
0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0
3,3	0	0	35	58,3	25	41,7	0	0	19	31,7
0	0	0	14	28,6	35	71,4	0	0	10	20,4
0	0	0	3	21,4	11	78,6	0	0	1	7,1
0	0	0	1	25	3	75	0	0	1	25
9,7	0	0	10	32,3	21	67,7	0	0	4	12,9

Anhang

Konsil2: Orthop.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: Innere	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: HNO	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: Chir.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: Sonstige	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil2: Missing Data
8	6,8	5	4,3	0	0	0	0	4	3,4	0
0	0	0	0	0	0	1	5	1	5	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	6,6	14	15,4	1	1,1	0	0	1	1,1	0
7	10,3	3	4,4	0	0	0	0	3	4,4	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	8,3	10	16,7	0	0	0	0	1	1,7	0
1	2	2	4,1	0	0	0	0	1	2	0
0	0	0	0	0	0	1	7,1	1	7,1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3,2	4	12,9	1	3,2	0	0	0	0	0

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil 3 stattgefunden	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil 3: Keins	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Konsil3: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Organische Aspekte: Organ. ohne Psych.	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Organ.Aspekte: Organ. Im Vordergr. + Psyche	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe
0	14	12	103	88,3	0	0	5	4,3	87	74,4
0	3	15	17	85	0	0	6	30	12	60
0	0	0	7	100	0	0	0	0	5	71,4
0	14	15,4	77	84,6	0	0	1	1,1	47	51,6
0	11	16,2	57	83,3	0	0	0	0	45	66,2
0	2	33,3	4	66,7	0	0	0	0	4	66,7
0	0	0	3	100	0	0	0	0	1	33,3
0	11	18,3	49	81,7	0	0	0	0	24	40
0	3	6,1	46	93,9	0	0	5	10,2	42	85,7
0	1	7,1	13	92,9	0	0	6	42,9	8	57,1
0	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100
0	3	9,7	28	90,3	0	0	1	3,2	23	74,2

Anhang

Organ. Nicht im Vordergr., sondern Psyche	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Nur psych. Aspekte	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Organ./Psych. Aspekte: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empfehlung zur PT: Nein	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empf. Zur PT: Ambulant	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empf. Zur PT: Stationär
22	18,8	2	1,7	1	0,9	49	41,9	20	17,1	26
2	10	0	0	0	0	14	70	0	0	5
2	28,6	0	0	0	0	4	57,1	0	0	2
43	47,3	0	0	0	0	31	34,1	18	19,8	25
21	30,9	2	2,9	0	0	0	0	20	29,4	26
2	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0	2
36	60	0	0	0	0	0	0	18	30	25
1	2	0	0	1	2	49	100	0	0	0
0	0	0	0	0	0	14	100	0	0	0
0	0	0	0	0	0	4	100	0	0	0
7	22,6	0	0	0	0	31	100	0	0	0

Anhang

Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empf. Zur PT: Reha	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empf. Zur PT: Nicht spezifiziert	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empf. Zur PT: Dem Pat. nicht mitgeteilt	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empfehlg. zur PT: Missing Data	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe	Empfehlg. zur PT: Ja	Prozentualer Anteil an betr. Diagnosegruppe
22,2	17	14,5	4	3,4	1	0,9	0	0	68	58,1
25	1	5	0	0	0	0	0	0	6	30
28,6	1	14,3	0	0	0	0	0	0	3	42,9
27,5	11	12,1	4	4,4	2	2,2	0	0	60	65,9
38,2	17	25	4	5,9	1	1,5	0	0	68	100
83,3	1	16,7	0	0	0	0	0	0	6	100
66,7	1	33,3	0	0	0	0	0	0	3	100
41,7	11	18,3	4	6,7	2	3,3	0	0	60	100
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0